

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 97.

LA
VÉSICULE FLOTTANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre JALIFIER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, PRÉPARATEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

Né le 15 janvier 1884, à Lyon



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1913

LA

VÉSICULE FLOTTANTE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 97.

LA

VÉSICULE FLOTTANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre JALIFIER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, PRÉPARATEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

Né le 15 janvier 1884, à Lyon



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	GLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (El.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (El.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VALLAS. Président ; VILLARD. Assesseur ;
MM. LAROYENNE et LATARJET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

- Cancer primitif diffus du squelette (avec M. Bonnet). Soc. des sc. méd. du 20 janvier 1909; *Lyon Médical*, 1909, t. I.
- Occlusion aiguë duodénale (artério-mésentérique) (avec M. Cade). Soc. méd. des hôpitaux, 16 novembre 1909; *Lyon Médical*, 1909, t. II.
- Epithélioma de la lèvre inférieure. Résection du maxillaire. Asphyxie. Trachéotomie. Aspiration intra-trachéale (avec M. Gayet). Soc. des sciences méd., 1^{er} décembre 1909; *Lyon Méd.*, 1910, t. I.
- Strumite dans un corps thyroïde cancéreux. Pérित्रachéite suppurée (avec M. Croizier). Soc. des sc. méd., 15 décembre 1909; *Lyon Médical*, 1910, t. I.
- Ostéome post-traumatique au niveau de l'insertion des muscles épicondyliens (avec M. Gayet). Soc. des sc. méd., 12 janvier 1910; *Lyon Médical*, 1910, t. I.
- Occlusion aiguë duodénale (artério-mésentérique) (avec M. Cade). *Province Médicale*, 1910, n° 6.
- Corps étranger du genou (avec M. Gayet). Soc. des sc. méd., 6 mars 1910; *Lyon Médical*, 1910, t. II.
- Hermaphrodisme masculin. Orchite droite dans un testicule en ectopie abdominale (avec M. Gayet). Soc. des sc. méd., 13 avril 1910; *Lyon Médical*, 1910, t. II.
- Pseudo-hermaphrodisme mâle externe. Orchite suppurée simulant l'appendicite (avec M. Gayet) *Revue de gynécologie*, décembre 1910.
- Recherches sur les organes du pédicule rénal (avec M. Chalié). Soc. nat. de médec., 8 mai 1911; *Lyon Médical*, 1911, t. II.
- Recherches sur le hile, le sinus et le pédicule du rein (avec M. Chalié); *Revue de gynécologie*, août 1911.
- Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Désarticulation interscapulo-thoracique (avec M. Bérard). Soc. de chirurgie, 8 février 1912; *Lyon Chirurgical*, 1912, t. VII.
- Cancer du rectum. Pelvi-péritonite enkystée. Rupture des adhérences (avec M. Bérard). Soc. des sc. méd., 7 février 1912; *Lyon Médical*, 1912, t. I.

- Fracture du col de l'acromion (avec M. Bérard). Soc. des sc. méd., 6 mars 1912; *Lyon médical*, 1912, t. I.
- Ancien goitre en transformation néoplasique. Infiltration de la fourchette sternale. Ancienne luxation de l'épaule droite non réduite (avec M. Bérard). Soc. des sc. méd., 6 mars 1912; *Lyon Médical*, 1912, t. I.
- Epithélioma de la joue. Résection du maxillaire inférieur (avec M. Tixier). Soc. des sc. méd., 1^{er} mai 1912; *Lyon Médical*, 1912, t. II.
- Enormes fibromes sous-séreux mous pseudo-fluctuants avec pseudokystes (avec M. Tixier). Soc. des sc. méd., 29 mai 1912; *Lyon Médical*, 1912, t. II.
- Kyste bilatéral des ovaires, torsion de leurs pédicules. Réaction appendiculaire concomitante (avec M. Tixier). Soc. des sc. méd., 12 juin 1912; *Lyon Médical*, 1912, t. II.
- Le ganglion sous-maxillaire chez l'homme et son rameau pharyngé. Bibliographie anatomique, 1913, 2^e fasc.
-

INTRODUCTION

La possibilité de cholécystoptose est une notion courante et le terme a été créé depuis longtemps déjà. Mais ce qu'on a surtout en vue dans les descriptions cliniques correspond à ce que les anatomistes désignent sous le nom de vésicules à mésocystes. Sous le nom de vésicule flottante nous envelopperons tout un ensemble de dispositions du réservoir biliaire au-dessous du foie. A côté des cas où la vésicule tout entière a perdu son contact habituel avec la face inférieure du foie, nous envisagerons les cas où une partie seulement de la vésicule, son fond, s'est séparé de la glande hépatique. Nous serons en présence d'un ensemble complexe comprenant des dispositions très diverses, dont les unes sont congénitales et les autres pathologiques.

Nous chercherons surtout à individualiser la vésicule flottante au point de vue clinique. Avant nous, Krukenberg a employé le mot, mais il n'a vu qu'une partie de la question. En France, Morin, dès 1894, rapporte dans sa thèse des observations d'hydropisie intermittente, qui furent guéries par une intervention au cours de laquelle on ne trouva ni calculs, ni oblitération du cystique. En 1906, M. Villard, qui avait l'attention attirée sur ces malpositions vésiculaires, formulait ainsi un diagnostic : « hydropisie intermittente de la vésicule par calcul ou torsion

du cystique ». Enfin, en 1906, MM. Villard et Cotte invoquent la cholécystoptose comme cause possible d'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire.

En entreprenant ce travail, nous ne faisons donc que continuer les recherches de notre maître, M. le professeur agrégé Villard, sur la pathologie de la vésicule. Nous tenons à le remercier des précieux conseils qu'il nous a donnés et de la bienveillance qu'il nous a toujours accordée.

Je suis profondément reconnaissant à M. le professeur Vallas de l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette thèse et de la sympathie qu'il a bien voulu me témoigner, au cours des trois semestres que nous avons passés près de lui.

Je remercie M. le professeur Testut de m'avoir admis au nombre de ses élèves. Je lui resterai reconnaissant du bienveillant intérêt qu'il m'a montré pendant les quatre années où j'ai eu l'honneur d'être son préparateur.

M. le professeur agrégé Latarjet, en acceptant de faire partie de mon jury de thèse, me confirme l'intérêt qu'il m'a plusieurs fois manifesté. Nous sommes heureux de l'en remercier.

Je remercie M. le professeur agrégé Laroyenne, qui a bien voulu accepter d'être mon juge pour cette thèse.

PREMIERE PARTIE

ÉTUDE ANATOMIQUE

CHAPITRE PREMIER

I. — LE PÉRITOINE VÉSICULAIRE

On a l'habitude de considérer la vésicule biliaire comme un réservoir plus ou moins piriforme, allongé dans le sens antéro-postérieur sous la face inférieure du foie. Et les rapports qui existent entre vésicule et foie sont eux-mêmes considérés classiquement comme assez schématiques. La vésicule, dit-on, est logée dans la fossette cystique, accolée à cette fossette par le péritoine qui passe d'un organe à l'autre ; elle est maintenue encore dans cette loge par du tissu cellulaire et par des vaisseaux qui établissent une véritable anastomose entre la circulation hépatique et celle de la vésicule.

A côté de cette disposition normale on connaît les vésicules appendues librement au foie par un véritable mésocyste ; la fréquence de cette dernière formation étant d'ailleurs interprétée très diversement, suivant les auteurs.

Nous croyons que, en dehors de ces deux dispositions, il en existe d'autres qui peuvent, soit s'interposer comme intermédiaires entre la vésicule normalement située et la vésicule à mésocyste, soit prendre place après ces dernières, comme une exagération du défaut d'acculement des deux organes, arrivant alors à la vésicule véritablement flottante sur un pédicule qui serait formé par le canal cystique et les vaisseaux. L'étude du péritoine vésiculaire va nous faire comprendre comment on peut observer cette sorte de libération de la vésicule, dont nous trouverons peut-être la cause dans une malformation congénitale du péritoine. Nous allons donc étudier successivement les différentes variétés connues du péritoine vésiculaire, puis nous essaierons de trouver dans l'embryologie la cause de ces différentes variétés. Dans les cas les plus habituels, c'est dire dans les cas où la vésicule est accolée à la face inférieure du foie, le péritoine quitte la glande hépatique au niveau des bords du cholécyste pour tapisser sa face inférieure. Nous verrons quelle est exactement cette situation dans un court aperçu anatomique de la vésicule en position normale.

1° La vésicule à mésocyste

Parfois la vésicule est suspendue à la face inférieure du foie par un méso péritonéal, sorte de voile dont le bord supérieur s'insère sur la fossette cystique et dont le bord inférieur prend insertion sur la face supérieure de la vésicule. Le réservoir biliaire est alors libre, suspendu au-dessous de la glande hépatique, soumis à l'influence des pressions latérales. Ce mésocyste constitue

une disposition connue mais relativement rare. Ruysch et Cruveilhier l'ont signalée, Raynal l'observe deux fois sur quarante cas, Siraud l'observe huit fois sur quatre-vingts vésicules qu'il examine, Gilbert et Parturier six fois sur cinquante-quatre cas, Jacquemet une fois seulement sur deux cents observations. Cette disposition est normale chez le lapin et l'on pourrait être tenté de faire appel à l'anatomie comparée pour l'expliquer. L'explication semble tout autre à Charpy : le mésocyste, selon lui, serait plus fréquent à l'âge adulte et peut-être pourrait-on penser que la vésicule, distendue anormalement ou mal soutenue par dessous, tend à pendre dans la cavité abdominale et à allonger son revêtement péritonéal. Une forte distension de la vésicule pourrait, en effet, faire disparaître le méso en ramenant la face supérieure du réservoir biliaire au contact du foie. Il nous paraît bizarre qu'un véritable méso puisse ainsi se laisser dédoubler. Peut-être, dans les cas que Charpy a en vue, ne sommes-nous pas en présence du véritable méso d'origine congénitale. A côté de celui-ci on peut parfaitement admettre qu'il puisse exister de faux mésos par étirement progressif du péritoine vésiculaire, cet étirement étant dû à une chute, à une ptose progressive de la vésicule. Ne voyons-nous pas le cæcum, par exemple, faire subir peu à peu semblable allongement à son enveloppe péritonéale. Ce serait alors dans ces cas que l'on pourrait voir une distension de la vésicule ramener sa face supérieure au contact de la face inférieure du foie. D'ailleurs, dans les statistiques concernant les vésicules à mésocystes nous trouvons de grandes différences suivant les auteurs. En dehors du hasard des trouvailles cadavériques, il faut certainement

faire intervenir un facteur personnel de la part des observateurs ; ce qui serait considéré par l'un comme un faux mésocyste devenant pour un autre un véritable méso. On ne se trouve pas toujours en présence, en effet, de mésos d'une longueur de trois, quatre ou cinq centimètres. Enfin, dans le méso vrai, congénital, on devrait, suivant une loi générale d'anatomie, trouver des vaisseaux qui ne devraient pas exister dans les faux mésos. Il ne semble pas que les auteurs aient envisagé ce point de vue de la question.

En somme, on ne peut discuter l'existence des vésicules à mésocyste. Le méso congénital est certain, car il a été observé sur de jeunes sujets chez qui la ptose ne peut être invoquée. A côté de lui, le méso, par étirement, est probable ou tout au moins possible. Quelle que soit la catégorie à laquelle on aura affaire, les vésicules à mésocystes constituent une variété de ce que nous désignons sous le nom de vésicules flottantes. Elles sont mobiles sur leur méso servant de charnière, elles se laissent refouler par les organes voisins ou même subissent l'influence de leur propre distension. Non seulement, elles sont mal maintenues, mais chez le vieillard elles auront de plus une tendance à descendre davantage en tirant sur leur méso, vrai ou faux, à se ptoser davantage par une distension progressive qui se fera surtout aux dépens du fond.

2° La vésicule pédiculée

Il existe un autre type de vésicules encore plus mal soutenues, plus mobiles ; transformées en des réservoirs creux pédiculés. Dans ces cas le péritoine enveloppe

complètement la vésicule. Il n'y a plus aucun lien péritonéal rattachant le cholécyste au foie. Le réservoir biliaire est simplement appendu au canal cystique qui pénètre dans le bord supérieur du petit épiploon. Nous n'avons trouvé aucune description semblable dans la littérature anatomique. Les seules observations que nous connaissons de vésicules ainsi pédiculées sont celles que nous rapportons plus loin dans notre étude clinique au chapitre « volvulus ». Ces vésicules, absolument libres, peuvent tourner sur elles-mêmes à l'extrémité de leur pédicule, se tordre comme un kyste de l'ovaire par exemple. Mais puisque nous faisons cette comparaison nous ferons remarquer aussi que, de même que tous les kystes ovariens ne se tordent pas, de même il paraît bien improbable que toutes les vésicules pédiculées aient abouti au volvulus. Et cependant personne ne les avait signalées auparavant. Il s'agit certainement ici d'une disposition congénitale, car on ne voit pas comment une vésicule à mésocyste et, à plus forte raison, une vésicule normalement insérée, pourrait arriver à glisser, à se libérer ainsi. On pourrait, à la rigueur, comprendre que l'insertion vésiculaire d'un méso semble reculer progressivement par chute de plus en plus prononcée du fond de la vésicule, mais l'insertion hépatique n'en resterait pas moins complète dans toute l'étendue de la fossette cystique.

3° Autres dispositions du péritoine vésiculaire (ligament cystico-duodeno-épiploïque)

On a décrit d'autres variétés concernant la disposition du péritoine vésiculaire. Il arrive parfois que le petit épiploon pour aller s'insérer au foie ne se contente pas

d'envelopper les canaux hépatique et cystique, mais encre enveloppe la vésicule elle-même. Le petit épiploon alors, au lieu de s'insérer sur les bords du hile hépatique, va prendre insertion sur les bords mêmes de la fossette cystique. Dans ces conditions, la vésicule est incluse dans l'épiploon gastro-hépatique, mais elle peut y être diversement placée ; elle peut, soit s'accoler au foie, dans la fossette cystique, soit rester éloignée de lui, suspendue entre foie et duodénum. Si la vésicule a perdu son contact avec le foie, elle se trouvera comprise dans un véritable rideau, terminaison du petit épiploon qui lui constituera un méso supérieur avec la glande, un méso inférieur avec le duodénum seul ou avec le duodénum et le côlon transverse. « Le péritoine, dit Bricon, constitue un ligament hépatico-duodénal, ou plutôt hépatico-colique, comprenant non seulement dans son épaisseur les canaux biliaires et la veine porte, mais encore la vésicule biliaire, comprise alors entre deux feuillets péritonéaux s'étendant de toute la hauteur de la fossette de la vésicule biliaire au côlon transverse... Il peut arriver que l'on constate l'existence d'un épiploon cystico-colique et en même temps celle d'un mésentère vésiculo-hépatique plus ou moins développé. » Sur 100 dissections, Brewer a trouvé cette disposition 3 fois ; Siraud l'a également notée ; Raynal l'a observée une fois sur 40 cas.

On connaît les nombreuses discussions qui se sont élevées au sujet de la disposition du péritoine sous-hépatique. Huschke, Henle et Toldt, Bræsicke, Bricon, Buy ont décrit dans la région vésiculaire une série de ligaments auxquels ils donnent des noms différents suivant les insertions qu'ils leur assignent. Ancel et Sencert, re-

prenant cette étude, font table rase d'un grand nombre de descriptions pour concevoir un ligament hépato-duodéno-épiploïque dont ils font l'étude embryologique. Ce ligament peut se présenter sous deux aspects différents, suivant Ancel et Sencert :

« Dans certains cas, le bord libre du petit épiploon (ligament hépato-duodénal) tout en gardant à sa partie inférieure son insertion au niveau du premier coude du duodénum se prolonge vers la droite et à la partie supérieure jusque sur le fond de la vésicule biliaire, à laquelle il forme ou non un mésocyste. C'est là un ligament cystico-duodénal et rien n'autorise à l'appeler cystico-colique »

« Dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents, la partie inférieure du bord libre du petit épiploon ne s'arrête plus au premier coude du duodénum ; elle est reportée vers la droite et se confond avec le feuillet antérieur du grand épiploon, constituant ainsi le ligament hépato-duodéno-épiploïque. »

Il ne s'agit pas là d'adhérences pathologiques. Ancel et Sencert font la démonstration embryologique de leur ligament. Nous ne les suivrons pas dans cet exposé, nous réservant de faire maintenant une étude embryologique d'ensemble de la région vésiculaire.

4° Explication embryologique

Nous n'avons pas voulu, à propos de chacune des dispositions très diverses du péritoine vésiculaire, chercher une explication qui aurait été particulière à chaque cas. Sans nier l'influence de l'âge qui peut et doit même,

croyons-nous, modifier et accentuer certaines dispositions, l'origine, la façon d'être de celles-ci doit se trouver dans une cause plus générale. Il existe là, comme pour tous les organes, des malformations congénitales qui sont la raison vraie, la cause des vésicules à mésocystes et des vésicules flottantes.

L'embryologie du foie et des voies biliaires va nous fournir quelques données intéressantes. Mais l'évolution du péritoine de la région sous-hépatique présente encore bien des lacunes auxquelles nous serons obligés de suppléer par des hypothèses. Celles-ci s'appuieront sur les faits embryologiques connus et sur les dispositions adultes qui ont pu être observées.

Sur l'embryon de 2 mm. 5 de Thompson, le foie se présente comme une évagination ventrale de l'entoderme intestinal, à parois épaisses, renfermant une cavité qui est en communication avec celle de l'intestin.

Chez l'embryon de 4 mm. 9 de Ingall les cordons anastomosés des cellules hépatiques forment une masse en croissant dont les cornes s'étendent dorsalement sur les deux côtés de l'intestin. Cette masse reste en communication avec un diverticule intestinal qui représente le diverticule primitif du foie. Ce diverticule montre un prolongement rudimentaire qui va former la vésicule biliaire et le canal cystique. Hertwig admet ce dédoublement de l'ébauche primitive qui se sépare en deux segments antérieur et postérieur (*pars hepatica* et *pars cystica*).

Dans l'embryon de 7 mm. 5 la masse en croissant est unie au diverticule intestinal par un pédicule court, épais, le canal hépatique. Le diverticule intestinal, qui s'est lui-

même accru en longueur devient le cholédoque. Du côté distal apparaît un prolongement cylindrique du diverticule, c'est la vésicule biliaire avec le canal cystique.

Une lumière n'apparaît dans ces différents canaux que beaucoup plus tard. C'est ainsi que l'embryon de 7 mm. 5 présente un cholédoque creux, mais la vésicule est pleine. L'embryon de 16 mm. a un cholédoque et un cystique creux, l'extrémité distale de la vésicule est encore pleine.

Mais n'oublions pas que ces canaux biliaires extra-hépatiques primitifs sont plongés au sein d'un tissu mésenchymateux encore indifférencié chez l'embryon de 16 millimètres. Le tissu se différencie en deux couches dans l'embryon de 22 mm. 8 et en trois couches dans l'embryon de 29 millimètres. Ainsi se forment les différentes tuniques de la vésicule.

Nous avons vu que l'ébauche commune du foie et de la vésicule prenait naissance sur la paroi ventrale de cette partie de l'intestin, qui sera plus tard le duodénum. Le développement se fera donc à l'intérieur du mésentère intestinal ventral. Bientôt celui-ci pourra se diviser en trois parties : 1° une partie moyenne qui fournit le revêtement péritonéal des deux lobes hépatiques ; 2° un ligament qui va de la surface antérieure et convexe du foie à l'ombilic, formant le ligament suspenseur ; 3° un ligament qui part de la surface opposée, concave, du foie, du hile, pour aboutir au duodénum et à la petite courbure de l'estomac. C'est dans ce dernier que se trouve l'ébauche vésiculaire.

Au début, les deux ébauches hépatique et vésiculaire sont très voisines. Chez l'embryon de 7 mm. 5 l'accolement de ces deux ébauches est tel, la future vésicule est

tellement accolée à la face inférieure du foie qu'elle n'y détermine aucune saillie du péritoine. Mais, peu à peu, la vésicule s'isole. A un certain moment elle ne sera plus en rapport à droite et à gauche avec les trabécules du foie, elle ne sera plus fixée à lui que par sa face supérieure. Il se produit donc une séparation de plus en plus marquée entre foie et vésicule.

Le futur petit épiploon ne va pas garder sa disposition sagittale primitive. Le foie, qui descend chez les jeunes embryons jusqu'au voisinage de la région inguinale va remonter dans la partie supérieure de l'abdomen. Le tube intestinal primitif, ou plutôt la partie qui nous intéresse, c'est-à-dire celle qui possède un méso ventral, celle qui donnera naissance à l'estomac et au duodénum va subir une série de transformations. Le renflement gastrique ne tarde pas à apparaître et au-dessous de lui le tube digestif décrit une courbe à convexité ventrale, la courbe duodéno-jéjunale. Rapidement l'estomac se trouve reporté dans la moitié gauche de la cavité abdominale, le duodénum dans sa moitié droite. Plus tard, la face droite de l'estomac devient postérieure et la face gauche antérieure par un véritable mouvement de torsion. En même temps le duodénum, qui tout d'abord décrivait une courbe à convexité antérieure subit lui aussi un mouvement de rotation. Sa face droite devient postérieure et le revêtement séreux de cette face se soude au péritoine pariétal. Mais cette soudure s'arrête à l'union de la première et de la seconde portion du duodénum. C'est à ce point aussi que s'arrête le bord libre de la partie ventrale du mésogastroduodénum. Celui-ci devient plus tard le petit épiploon.

Mais le foie et les vaisseaux biliaires sont intimement unis au duodénum par le méso-duodénum dans lequel ils ont pris naissance. Nous devons maintenant nous demander ce que devient la vésicule ou l'ébauche vésiculaire au moment où se produit le phénomène de torsion du tube digestif.

La vésicule pourra rester comprise dans le petit épiploon et nous avons vu que des cas semblables ont été observés. Dans cette situation, même la vésicule pourra occuper deux positions différentes. Tout d'abord, on pourra la trouver en position normale dans la fossette cystique. Tout est alors resté dans la position primitive d'avant la torsion ; le mésentère ventral intestinal s'est contenté de rapprocher ses feuillets au-dessous de la vésicule et nous avons alors, soit l'épiploon cystico-duodénal, soit, par accollement secondaire avec le grand épiploon, ce qu'Ance! et Sencert ont décrit sous le nom d'épiploon hépato-duodéno-épiploïque. Ou bien la vésicule aura pu, suivant l'évolution progressive que nous avons signalée sur les embryons de 7 mm. 5 à 16 millimètres, se séparer de plus en plus du foie. Elle pourra se trouver alors à l'intérieur du petit épiploon, en position intermédiaire entre le foie et le duodénum. La pars hepatica et la pars cystica d'Hertwig sont séparées. On peut très bien admettre que de même que tout à l'heure les deux feuillets du mésentère ventral arrivaient au contact l'un de l'autre au-dessous de la vésicule, de même maintenant ils vont se juxtaposer au-dessus et au-dessous d'elle. Le double méso de Bricon est ainsi réalisé.

Pour la vésicule à mésocyste nous laisserons de côté le mésocyste acquis, le méso par étirement possible que

nous avons déjà envisagé. Le mésocyste congénital peut trouver son origine dans la torsion du petit épiploon. On peut admettre que la vésicule avait, avant la torsion, un double méso, l'un antérieur, l'autre postérieur. Après la torsion, le méso antérieur seul, celui qui existait entre la pars hepatica et la pars cystica, subsiste. Dans son mouvement de torsion, l'estomac a entraîné avec lui le reste du méso-gastro-duodénum vers la gauche. Son insertion supérieure a suivi ce mouvement de retrait en arrière et à gauche. L'épiploon gastro-hépatique a pris son insertion supérieure normale au niveau du hile du foie. On pourrait, d'ailleurs, nous objecter qu'une autre explication est possible pour l'origine du méso vésiculaire. Au moment où le mésentère intestinal ventral s'est différencié en ses trois parties, on peut très bien penser que la vésicule s'était isolée de l'ébauche hépatique. Lorsque la partie moyenne du mésentère ventral veut envelopper le foie elle est obligée de descendre jusqu'à la vésicule et, après l'avoir enveloppée, de remonter jusqu'à la face inférieure de la glande hépatique. La présence de vaisseaux unissant vésicule et foie serait l'obstacle qui pourrait s'opposer au passage direct du feuillet péritonéal sur toute la face inférieure du foie, sans solution de continuité. Nous n'avons pas trouvé d'indications sur les vaisseaux du mésocyste qui puissent nous confirmer cette hypothèse. Une dernière hypothèse pourrait encore nous être opposée. On pourrait considérer le méso de la vésicule comme une formation normale et transitoire existant à une certaine période de la vie embryonnaire. Ce méso disparaîtrait ensuite par accolement secondaire de la vésicule au foie. Le défaut d'accolement laisserait per-

sister le méso de l'adulte. Cette hypothèse, croyons-nous, doit être rejetée, car dans tous les cas où, au cours du développement, nous voyons se produire semblable soudure péritonéale, on observe des phénomènes de torsion qui sont la cause initiale de cet accolement, qui l'expliquent. Or, ici, aucun phénomène de ce genre n'existe.

La vésicule, normalement située, dans la fossette cystique, maintenue en place par le péritoine, s'explique facilement. Au moment où se forme l'enveloppe péritonéale du foie aux dépens du mésentère ventral, celui-ci recouvre non seulement la glande hépatique mais le réservoir biliaire qui lui adhèrent.

Reste la dernière variété, le cas de la vésicule pédiculée. Celle-ci se présente à nous comme si, au cours de son développement, la vésicule repoussant devant elle le bord libre du petit épiploon s'en était formé une enveloppe complète. L'enveloppe péritonéale vésiculaire se continue en effet avec les feuillets épiploïques au niveau de l'entrée du cystique dans le petit épiploon. Rien de ce que nous avons décrit précédemment ne peut expliquer cet isolement du cholécyste. Nous sommes donc obligé d'admettre une sorte d'enroulement de la vésicule dans un feuillet de l'épiploon gastro-hépatique aboutissant à la pédiculisation de la vésicule sur son canal cystique. Les deux bourgeons hépatique et cystique sont restés isolés pendant leur développement et chacun s'est incorporé une partie du mésentère intestinal ventral.

CHAPITRE II

LA VÉSICULE BILIAIRE

La description anatomique de la vésicule va nous fournir encore quelques données intéressantes pour l'étude de la vésicule flottante. Nous n'avons pas l'intention de décrire, après tant d'autres, la forme et les rapports de cet organe, mais peut-être est-il nécessaire d'insister sur quelques points d'anatomie. Il s'agira dans cette description de la vésicule dite en position normale dans la fosse cystique.

On a l'habitude de décrire à celle-ci trois parties, le fond, le corps et le col. Nous allons étudier successivement ces trois portions.

1° Le corps

Le corps ne nous arrêtera pas longtemps. Ici, en effet, tous les auteurs sont d'accord. C'est la partie la plus fixe de l'organe. C'est bien pour elle qu'on peut donner la description schématique de l'organe creux accolé au foie par le péritoine qui recouvre successivement sa face inférieure et ses deux faces latérales. Entre la face supérieure et le foie un peu de tissu cellulaire très lâche et quelques vaisseaux. Même dans les cas de vésicules à mé-

socystes, c'est là certainement la partie la moins mobile. Nous ferons cependant une remarque sur les rapports qui existent entre la vésicule et le foie. Celle-ci est placée dans une dépression de la face inférieure du foie, la fossette cystique, que l'on est habitué à considérer comme une dépression du tissu hépatique lui-même. Cette disposition est en particulier très nette chez l'enfant. Or, si l'on prend un foie frais d'enfant et si l'on incise le péritoine vésiculaire de chaque côté pour libérer la vésicule, on voit la fossette cystique disparaître, ses bords s'affaisser, la concavité de la fossette fait place à une surface parfaitement plane. Il semblerait donc que la dépression du tissu hépatique par la vésicule soit surtout due au péritoine qui, pour recouvrir le réservoir biliaire tire sur son attache hépatique.

On sait, en effet, combien le péritoine hépatique est adhérent à la glande qu'il enveloppe. Au niveau du corps vésiculaire l'adhérence est au contraire très lâche. Tous les chirurgiens qui s'occupèrent des interventions sur les voies biliaires insistent sur le décollement relativement facile de la séreuse au niveau du corps de la vésicule.

2° Le fonds

On dit communément que le fond déborde un peu le bord antérieur du foie qui est légèrement échancré à ce niveau et que le péritoine enveloppe ce fond en formant un petit cul-de-sac, le recessus hépato-cystique de Jacquemet, l'angle hépato-cystique de Testut. Mais ce fond est plus ou moins saillant, suivant les individus. Gilbert et Parturier distinguent les vésicules en retrait, les vésicu-

les affleurantes et les vésicules saillantes. Siraud dit que : « Dans certains cas, chez l'adulte, le fond de la vésicule est très allongé ; il débordé notablement le foie, peut pendre et flotter librement dans la cavité abdominale. Cet allongement est parfois considérable et peut dépasser de 5, 6 centimètres et plus le bord tranchant du foie. On voit alors le fond vésiculaire descendre au-devant du côlon transverse et s'interposer entre la face antérieure de ce viscère et la paroi abdominale ; on l'a vu même descendre dans la fosse iliaque droite. » Et pour Siraud cet allongement est acquis « bien que chez le fœtus et l'enfant on observe des vésicules qui débordent le foie ».

D'ailleurs il nous suffit de voir les nombreuses recherches de Luschka, Hyrte, Cruveilhier, Sappey, etc., cherchant à déterminer sur la paroi abdominale le point cystique pour nous faire une idée de la mobilité de l'organe.

Cette disposition ballante du fond vésiculaire, si elle n'est pas l'apanage absolu de l'adulte, semble du moins beaucoup plus fréquente chez lui. Siraud, parlant de la vésicule en retrait, nous dit que cette dernière disposition « est très nette et fréquente chez le fœtus et l'enfant ». Devé montre que souvent chez le fœtus et l'enfant on voit le fond vésiculaire faire saillie non pas sous le foie mais au niveau de la face supérieure de cet organe, avec un petit pont de substance hépatique croisant la face inférieure de la vésicule. Il en conclue que peu à peu cette languette hépatique subit une véritable usure par frottement ou pression contre la paroi abdominale. C'est par ce mécanisme que le fond de la vésicule deviendrait plus mobile avec l'âge. Il donne comme preuve de cette régression de la languette hépatique la présence à sa place

de vasa aberrantia qui en seraient les représentants atrophiés.

Même chez les enfants très jeunes on peut trouver une disposition qui semble être une véritable amorce à la ptose du fond vésiculaire. C'est ainsi que chez un enfant de deux mois et demi, nous avons trouvé une vésicule dont le fond était séparé du bord antérieur du foie par une languette de tissu hépatique de 4 à 6 millim. Lorsque le foie reposait sur sa face supérieure, la vésicule semblait incluse dans la fossette cystique et s'y trouvait toute entière contenue. Mais si l'on insufflait cette vésicule, on la voyait s'extérioriser de la fossette : le fond surtout devenait complètement libre et il s'incurvait sur la face inférieure du corps. Or, on ne peut ici faire intervenir l'action de la pesanteur, puisque la distension était produite par l'air et que le foie reposait sur sa face supérieure. Ainsi se trouvait réalisée chez ce tout jeune enfant une véritable ébauche de cholécystoptose partielle.

C'est encore chez des adultes et surtout des vieillards que Jacquemet observe ces vésicules dont le « fond se transforme en une sorte de diverticule plus ou moins coudé sur l'axe primitif ». Ainsi se produit une véritable vésicule à deux loges communiquant par un orifice de dimensions variables, car la coudure produit « une sorte de valvule, expression intracavitaire de la flexion, faisant à l'intérieur une saillie plus ou moins marquée ». Le cas de Meckel, le cas de Raynal, celui de Griffon se rapportent encore à des adultes. Dans une observation qu'il rapporte, Devé n'hésite pas à faire intervenir la constriction par le corset pour expliquer une ptose marquée du fond de la vésicule. C'est toujours chez des gens âgés et

particulièrement chez des femmes que Charpy a vu le fond déborder le foie de 5 centimètres et plus et pendre dans l'abdomen. Il l'a vu coudé sur le corps et replié sur la face antérieure du foie. Ce sont encore des inflexions, des coudures du fond qui constituent la vésicule en sablier décrite par Hartmann et par M. Tixier dans la thèse de Hanin.

Il existe bien des flexions congénitales de la vésicule, mais elles sont tout différentes. C'est ainsi qu'on a décrit la vésicule en hameçon, analogue à celle du cercopithèque ; la vésicule coudée en équerre ; la vésicule coudée en S, comme celle du gorille ; mais toujours il s'agit de flexions qui se produisent dans le sens horizontal et le péritoine passant au-dessous d'elles, comme s'il s'agissait de vésicules normales, les applique ainsi coudées contre la face inférieure du foie. Elles ne sont pas mobiles sur leurs sillons de couture.

Ainsi, en passant du fœtus à l'enfant et de celui-ci à l'adulte et au vieillard, on pourrait voir la vésicule, repoussant devant elle le cul-de-sac péritonéal qui la coiffe, se mobiliser peu à peu, se ptoser en quelque sorte. Au moins, peut-on admettre qu'elle a tendance à le faire si des conditions favorables à cette chute le lui permettent.

3° Le col

Pour le col nous nous contenterons de noter la dissemblance qui existe dans la description des auteurs au sujet de sa fixité pour nous arrêter davantage sur ses inflexions et ses valvules.

Pour Testut, les inflexions du col « sont maintenues par le péritoine qui s'applique sur elles et les rattache au foie ». Ailleurs, il dit encore : « Le péritoine tapisse ré-

gulièrement toute la face inférieure de la vésicule, depuis le col jusqu'à son extrémité inférieure. » Raynal, par contre, rend le col beaucoup plus mobile. Il lui accorde un véritable méso. « Le col, dit-il, est tantôt compris dans l'épiploon hépato-duodénal, tantôt relié comme l'extrémité amincie du corps à la face inférieure du foie par un véritable méso. Le col et le canal cystique... sont donc complètement entourés par le péritoine. » Charpy adopte l'opinion de son élève Raynal.

La direction du col a été fortement discutée. Nous nous contenterons de donner les différentes opinions émises. Heister compare le col à un bec d'oiseau et Sappey à une coquille de limaçon. Pour Haller, le col se dirige d'abord en avant et en haut, puis en bas et en arrière. Puech nous dit que le col se porte à gauche et en haut. Curveilhier le compare à un S italique. Suivant Testut, il offre une première inflexion en haut et à gauche, puis une deuxième directement en arrière ou oblique en arrière et à gauche. Pour Charpy, le col se dirige en avant et en haut, s'appliquant sur la face gauche de la vésicule et le canal cystique s'accole en sens inverse au col qu'il continue.

Le col ainsi contourné sur lui-même, et, d'autre part, relativement mobile, puisqu'il est uni au foie par un méso, pourra donc, avec la plus grande facilité, être oblitéré par une coudure. Cette oblitération sera d'autant plus facile qu'aux deux extrémités du col on trouve une valvule qui peut, en position normale, occuper les deux tiers de la lumière du conduit. De plus, même, entre ces deux valvules, qui sont des débris de la valvule embryonnaire de Heister, on en trouvera souvent une ou deux, moins saillantes, insérées au même point que les précédentes, sur le promontoire.

CHAPITRE III

LES VAISSEAUX DE LA VÉSICULE

Une dernière question nous reste à examiner ; c'est ce que l'on pourrait appeler le pédicule vasculaire de l'organe. Celui-ci a peu d'intérêt lorsqu'on se trouve en présence d'une vésicule bien fixe dans la fossette cystique, mais dans le cas de vésicule non adhérente au foie, dans le cas surtout de vésicule pédiculée, retenue uniquement par le canal cystique, tout déplacement peut amener des perturbations dans son régime circulatoire. Ce qui nous intéresse ici ce n'est donc pas la distribution des vaisseaux cystiques dans les diverses tuniques de la vésicule, ce que nous voulons voir, c'est la façon dont ces vaisseaux abordent l'organe auquel ils sont destinés, en un mot ce sont les rapports des vaisseaux cystiques avec le col de la vésicule.

En général, on accorde peu de précision à cette question. Tout récemment cependant Picquand, en étudiant les branches du tronc cœliaque, accorde quelque attention à ce point d'anatomie. Plus récemment encore, Gosset et Desmarets furent amenés à le mieux préciser encore, pour fixer un point de technique opératoire. Ces auteurs montrent qu'il existe, soit une, soit deux artères cystiques. On peut distinguer des artères cystiques longues et des artères cystiques courtes ; mais quelle que

soit leur longueur, la ou les artères cystiques abordent la vésicule au niveau de son col. L'artère, pour aborder l'organe, passe tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du canal cystique ; parfois dédoublée, l'une passe au-dessus, l'autre au-dessous. Quand elle est unique, l'artère cystique, arrivée au col, se divise en deux branches, qui se portent, l'une sur le bord droit, l'autre sur le bord gauche de la vésicule. Les deux artères s'anastomosent au niveau du fond. Durant ce trajet, de nombreuses collatérales les unissent l'une à l'autre. Ainsi, qu'il existe une seule artère cystique ou qu'il en existe deux à l'origine, nous aurons toujours au niveau du col deux artères qui seront à son contact immédiat. D'autre part, ces artères s'envoient toujours, à la surface même de la vésicule, des anastomoses multiples qui leur permettent de se suppléer mutuellement. Cette disposition nous montre qu'il faudrait faire subir à une vésicule pédiculée plusieurs tours sur son axe pour arriver à comprimer les deux artères cystiques et, supprimant ainsi toute circulation, obtenir des phénomènes de gangrène.

Les veines accompagnent les artères et si ces dernières peuvent résister à la torsion il n'en est pas de même des premières, qui peuvent, en s'enroulant autour du col, s'affaïsser et déterminer des phénomènes de stase, puis des hémorragies. Nous nous trouvons là en présence d'une loi d'anatomie pathologique générale.

DEUXIEME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

DIVISION

En nous plaçant à un point de vue purement anatomique, nous pourrions distinguer, dans nos vésicules anormales, plusieurs variétés, suivant le degré de mobilité. Dans l'ordre croissant, nous trouvons :

- 1^o La vésicule à fond ptosé, mobilisé ;
- 2^o La vésicule à mésocyste ;
- 3^o La vésicule pédiculée.

La première peut, par chute du fond, produire une coudure brusque de cette partie de l'organe sur le corps. La seconde pourra nous donner semblable accident, mais de plus, la mobilité en masse de l'organe étant possible, elle pourra produire des coudures, des étranglements, au niveau du col. On obtient alors l'étranglement total du réservoir biliaire. La dernière variété, la vésicule pédiculée, pourra, beaucoup mieux que les précédentes encore, donner lieu aux accidents de ptose, aux accidents d'étranglement. Mais, à ces phénomènes viennent s'en

surajouter d'autres, beaucoup plus graves encore, nous voulons parler du volvulus de la vésicule.

Dans tous ces cas, nous sommes en présence de vésicules flottantes, mais le degré de mobilité est plus ou moins marqué. Avec cette mobilité augmentent aussi l'intensité et la gravité des phénomènes observés, si bien que l'on pourrait étudier dans trois chapitres isolés : la ptose vésiculaire, la vésicule flottante, la vésicule pédiculée. Nous croyons que ce serait morceler bien inutilement une étude clinique qui ne peut être qu'esquissée par manque de documents suffisants. Elle aurait l'avantage de suivre pas à pas l'étude anatomique, mais aurait l'inconvénient de nous obliger trop souvent à des redites.

La vésicule flottante peut se présenter à nous avec des accidents aigus ou subaigus, que l'on a quelque peine à rattacher à une lésion des voies biliaires. D'autres fois, elle détermine de véritables crises de coliques hépatiques, frustes ou franches. Dans ces deux conditions, elle revêt le masque de la lithiasie biliaire. Elle nous en offre les accidents paroxystiques et, dans leur intervalle, les douleurs vagues des hépatiques. Le diagnostic de lithiasie biliaire est celui qui est généralement posé. C'est pourquoi nous décrirons ce premier type dans un chapitre distinct en lui donnant le nom de vésicule flottante, type pseudo-lithiasique.

A côté de ce premier type, nous en décrirons un deuxième, dont l'allure clinique est toute différente. Ce que l'on a sous les yeux, c'est un syndrome péritonéal à début brusque, à évolution rapide. Son pronostic est bien autrement sombre. Nous désignerons cette variété de vésicule flottante suivant sa caractéristique anatomo-pathologique, c'est le volvulus de la vésicule.

CHAPITRE II

LA VÉSICULE FLOTTANTE (type pseudo-lithiasique)

1° Anatomie pathologique

Nous laissons délibérément de côté les cas où avec la ptose vésiculaire existe de l'hépatoptose soit totale soit partielle. On a pu prétendre, il est vrai, que pour les cas de lobes flottantes du foie la lésion primitive se trouvait le plus souvent dans la vésicule, mais ce serait alors sortir du cadre que nous nous sommes tracé et y introduire de la confusion.

Nous laissons également de côté les cas où les vésicules contenaient des calculs même si les observations notent que l'on se trouvait en présence de vésicules mobiles.

Si, au point de vue anatomique pur, la vésicule bal-lante et la vésicule à mésocyste sont connues, on les connaît beaucoup moins au point de vue des troubles qu'elles peuvent produire. Par suite, l'anatomie pathologique de ces différents cas se trouve très écourtée. Kehr décrit bien des inflammations de la vésicule biliaire sans calculs, en insistant sur l'existence d'une grande mobilité de la vésicule. Köhler, Riedel, Cabot nous parlent aussi

de vésicules mobiles, longues, presque pédiculées, mais ce sont toujours des trouvailles d'autopsie ou le résultat de recherches anatomiques. Gilbert et Parturier remarquent, chez un de leurs sujets, que le fond de la vésicule battait contre la paroi abdominale dans l'attitude du décubitus dorsal. Renversait-on le cadavre sur le côté gauche, la vésicule suivait le déplacement de la masse intestinale vers le flanc déclive et, basculant sur son axe en tordant son méso, elle portait son fond vers la gauche et sa face latérale droite en avant.

Krükenberg, à propos de deux cas qu'il observe, crée le terme de vésicule flottante. Mais, avant lui, cependant, quelques chirurgiens avaient fait des remarques dignes d'être notées. C'est ainsi que dès 1892 Riedel avait déclaré qu'une intervention avait guéri une malade, alors qu'on n'avait trouvé ni calculs, ni adhérences. Köhler fait la même remarque à propos de deux cas. Kübig, examinant, au point de vue histologique, deux vésicules flottantes chez des sujets de 41 et de 62 ans, remarque que dans le premier cas où le fond de la vésicule était bien soutenu par une bride péritonéale, il existait une forte musculature et que les fibres élastiques étaient bien développées, tandis que dans le second cas où le fond était absolument libre, les deux tissus musculaire et élastique étaient considérablement diminués.

Nous ne disposons pas de nombreuses observations de vésicules flottantes avec intervention. Les chirurgiens ne semblent pas, jusqu'à maintenant, avoir eu leur attention attirée sur ce fait que ces malformations congénitales ou acquises de la vésicule puissent amener des troubles justiciables de l'intervention. Aussi, dans les quelques cas

que nous avons pu réunir, trouvons-nous peu de chose au point de vue anatomo-pathologique.

A l'ouverture de l'abdomen, on observe une mobilité plus ou moins grande suivant les cas : soit mobilité en masse de l'organe sur son méso ou sur son pédicule, soit mobilité partielle par chute, par ptose du fond vésiculaire, sans que l'existence d'un méso véritable soit nécessaire.

L'examen attentif des parois inférieure et latérale de la vésicule pourra montrer un sillon de coudure ou d'étranglement qui indiquera l'existence d'une flexion habituelle de l'organe à ce niveau. C'est le cas, en particulier pour l'une de nos observations. La présence de ce sillon signe le diagnostic et fixe le traitement.

Pour l'état des parois de la vésicule nous trouvons des divergences suivant les auteurs. C'est ainsi que Riedel, dans les deux cas qu'il observe, est frappé par l'épaisseur exagérée des parois vésiculaires. Krukenberg, par contre, dans les deux observations qu'il publie et que nous rapportons, note la minceur, la transparence des parois de la vésicule. M. Villard, dans les cas qu'il eut à observer, eut toujours son attention attirée par la flaccidité du fond de la vésicule. Au cours de l'une des interventions que nous rapportons, M. Villard nous fit remarquer non seulement la saillie que faisait la vésicule en avant du bord antérieur du foie, mais encore quel aspect chiffonné, flasque, présentait l'organe. Au palper, cette vésicule, que l'on pouvait extérioriser de plusieurs centimètres au-dessus de la paroi abdominale, offrait une consistance molle, comme si les parois avaient perdu leur tonicité normale, par distension habituelle.

2° Etiologie. — Pathogénie

Dans les cas où nous possédons une observation complète nous avons vu que la minceur des parois de la vésicule avait frappé les opérateurs. Et l'on peut alors se poser une question : Sommes-nous en présence de vésicules qui sont primitivement, congénitalement, mal suspendues et se laissent peu à peu dilater (la paroi, normalement constituée s'amincirait alors par dilatation passive) : ou bien, en plus de la malformation péritonéale, n'existe-t-il pas des vésicules congénitalement flasques, à parois peu résistantes, facilement dilatables pour peu que des conditions favorables se rencontrent. Nous accepterions plus volontiers la deuxième hypothèse ; car nous nous trouvons en présence de sujets adultes dont les organes n'ont pas eu le temps, par conséquent, de subir l'atrophie sénile.

Pour expliquer la ptose, certains auteurs ont fait intervenir l'hypothèse du foie de constriction qui chasserait la vésicule hors de la fossette cystique et comprimerait en même temps le canal cystique, produisant ainsi l'ectasie de la vésicule. Petermöller, par exemple, sur 93 foies de constriction, aurait observé 28 fois l'ectasie de la vésicule et 16 fois des calculs biliaires. Peters se sert du même argument pour expliquer la fréquence plus grande de la cholélithiase chez la femme ; 23 p. 100 des cas de calculs chez elle coïncideraient avec des foies déformés. Nous avons évidemment affaire, dans tous nos cas, à des femmes, mais je ne suis pas certain que la compression du foie puisse produire une compression du cystique, car

ce canal, compris entre les deux feuillets du petit épiploon est mobile sous la face inférieure du foie et peut, par conséquent, échapper à la constriction. Enfin, le foie de constriction produisant la ptose vésiculaire ; celle-ci provoquant de la lithiase par ectasie de la vésicule ; nous en arriverions, par une série de déductions plus mathématiques que médicales, à conclure que la première des complications de la ptose vésiculaire, c'est la lithiase biliaire.

Ne serait-il pas plus simple d'admettre chez nos sujets une ptose vésiculaire comme on peut observer de la ptose gastrique, intestinale ou rénale. Nous croyons, d'ailleurs, là, nous rapprocher de Krukenberg, car dans sa deuxième observation, il a soin de noter « pas d'entéroptose », ce qui prouve qu'il l'avait cherchée.

Peut-être faut-il chercher parfois la cause d'une ptose vésiculaire dans la disposition du péritoine au-dessous de la vésicule. Supposons, en effet, que nous nous trouvions en présence du ligament cystico-duodénal. Le bord supérieur du petit épiploon, au lieu de s'arrêter au hile du foie, vient se terminer sur la face inférieure de la vésicule, plus ou moins près du fond. L'attache inférieure du petit épiploon s'étend au delà de l'estomac jusqu'à la région pylorique du duodénum ou même jusqu'à son premier coude. Il est évident alors que les tractions faites sur le petit épiploon vont retenir sur son attache supérieure, c'est-à-dire sur la vésicule : la ptose gastrique ou intestinale, les mouvements péristaltiques, même de l'estomac et du duodénum, pourront, par des tractions répétées, aboutir peu à peu à un certain degré de ptose vésiculaire.

Quant à l'explication des phénomènes douloureux ressentis par les malades elle doit se faire, croyons-nous, par des coudures. Köhler, dans ses deux cas, cherche à faire intervenir un autre mécanisme. « Serait-ce impossible, dit-il, que des tuméfactions, et des flexions anormales de la soi-disant valvule de Heister, tournée en tire-bouchon, puissent être compensées par la traction en haut de la vésicule biliaire ; l'afflux et l'écoulement de la bile reprenant ainsi un cours normal ? » Ce qui nous frappe, en effet, dans ses deux cas, c'est qu'il indique un épaissement de la vésicule. Ceci supposerait un état inflammatoire. La muqueuse de la valvule ou pseudo-valvule doit évidemment prendre part à cet épaissement. Mais il avoue lui-même que son premier temps opératoire, c'est-à-dire la simple fixation de la vésicule, avant le drainage qui seul pourrait modifier les phénomènes inflammatoires, avait suffi pour supprimer les douleurs.

Il faudrait donc admettre ou bien que les phénomènes douloureux étaient dus à une coudure supprimée par la fixation ou bien que l'inflammation de la muqueuse était elle-même entretenue par une coudure, inflammation qui céda avec la disparition de la coudure.

A propos de ses deux malades, Krukenberg dit : « Analogie à un rein flottant, une vésicule biliaire distendue qui pend librement sur un pédicule, peut donner, par coudure, des crises douloureuses, qui cessent par simple fixation de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. » C'est aussi l'avis de Kehr, qui, à propos de ses cas où il existait des mouvements pendulaires nets, pense « qu'il existe des vésicules mal maintenues qui, en se remplissant, provoquent des crises douloureuses ».

Dans les cas de vésicule à long mésocyste, éloignées de 4, 5, ou même 6 centimètres du foie, les phénomènes sont simples à expliquer. La coudure du corps sur le col pourra produire, avec la plus grande facilité, la fermeture de la lumière des voies biliaires. Si l'on se souvient des inflexions du col et de la présence à son intérieur de valvules, on verra que tout est réuni pour qu'un déplacement assez léger puisse, pour un temps, transformer la vésicule en une cavité close. Mais il est probable qu'il se produira ici quelque chose d'analogue à ce qui se produit pour l'hydronéphrose intermittente. Par sécrétion de la muqueuse vésiculaire et distension du cholécyste, ou bien encore sous l'effet d'un déplacement de l'organe dans un mouvement de l'individu, tout revient en l'état, la continuité du canal se rétablit et l'écoulement de la bile redevient possible.

Une question pourrait se poser : Faut-il de grands déplacements de la vésicule ? Nous ne le croyons pas. Il suffit de lire l'observation rapportée par MM. Villard et Mouisset, qui observèrent des phénomènes d'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire uniquement par hypersécrétion muqueuse, pour penser qu'il faut peu de chose pour s'opposer au flux et au reflux de la bile.

Si nous prenons maintenant le cas des vésicules à fond débordant, allongé, le cas de la ptose partielle de la vésicule, nous n'observerons pas de phénomènes de coudure au niveau du col. Mais que pour une raison quelconque : entéroptose, affaiblissement de la sangle abdominale, amaigrissement, ce fond vésiculaire ne soit plus soutenu, il va tendre à s'abaisser, à pendre au-dessous du foie. Dans ce mouvement, il va se couder sur le corps

par une courbe à concavité inférieure. Si le corps lui-même est bien soutenu par un péritoine en position normale ou même par un mésocyste court, le fond subira un véritable étranglement. Ce qui se passe suivant le plan vertical pourra tout aussi bien s'observer, suivant le plan horizontal. Avec l'âge, ce fond ptosé aura une tendance à s'accroître de plus en plus et l'on pourra comparer alors ces vésicules aux vessies qui se vident incomplètement, aux vessies qui possèdent un bas-fond. Mais cette marche progressive ne se poursuivra pas sans une certaine résistance de la vésicule, résistance qui se manifestera par des crises douloureuses vésiculaires. Ce n'est que peu à peu que l'on arrivera à la vésicule flasque du vieillard, incapable de réagir.

Enfin, dans le cas de la vésicule pédiculée, les conditions sont plus favorables encore. Ici, non seulement peut se produire la coudure par flexion, au niveau du col, mais encore peut s'observer la rotation sur son axe de la vésicule. Il se passe, dans les deux cas, le même phénomène, l'occlusion plus ou moins complète au niveau de la continuité de la vésicule avec le cystique. Par le même mécanisme que dans les cas de coudure on verra se faire peu à peu, non plus un redressement, mais une détorsion qui rétablira la continuité dans la lumière du col et l'écoulement du contenu vésiculaire.

3° Etude clinique

La vésicule flottante, au point de vue clinique, s'offre à nous avec un tableau symptomatique qui, tout d'abord, semble assez banal et dépourvu de traits saillants per-

mettant de l'individualiser. Le sujet est le plus généralement une femme, et souvent aussi une femme dont l'état névropathique est assez accentué. Le début de leur affection est placé quelquefois assez loin, c'est ainsi qu'il faut remonter quelquefois à six ans, dix ans et même vingt ans dans le passé de certains malades, pour trouver les premiers signes de la maladie. Ce sont des accidents dyspeptiques ou pseudo-dyspeptiques, ce sont des crampes gastriques. Puis ce sont des crises subaiguës dans l'hypocondre droit, crises très irrégulières dans leur durée et dans leur apparition. Après des accalmies de plusieurs mois ou de plusieurs années, elles vont reparaitre et s'installer d'une façon presque continue pendant un temps assez long, jusqu'à six mois. Certaines crises sont parfois assez violentes pour être étiquetées coliques hépatiques. Aiguës ou subaiguës, elles peuvent s'accompagner d'ictère, mais l'examen des matières ne révèle pas de calculs. Pendant les périodes de calme on ne note le plus souvent aucun phénomène et avec un examen somatique à peu près nul, on voit un amaigrissement notable progresser, l'irritabilité des malades s'accroître, par persistance de douleurs vagues dans l'hypocondre droit, qui sont une sorte de menace permanente.

Dans ce tableau clinique, tracé à grands traits, on peut distinguer deux parties : d'une part, c'est l'existence de crises paroxystiques, aiguës ou subaiguës, dont la répétition n'est soumise à aucune règle ; d'autre part, c'est l'existence, entre les crises, de périodes de repos, de calme relatif. Nous allons étudier successivement ces deux périodes, ces deux phases de l'affection. Nous fe-

rons l'étude des phénomènes paroxystiques en cherchant à les expliquer. Puis, en étudiant les périodes intercalaires, nous ferons l'évolution, la marche de l'affection que nous cherchons à individualiser.

CRISES PAROXYSTIQUES

En général, ce qui domine dans le tableau symptomatique, c'est l'élément douleur. Elles revêt ici toute l'allure de ce qu'on a décrit déjà sous le nom de colique vésiculaire.

Au début, ces douleurs peuvent être peu marquées, peu intenses ; elles ne semblent pas appartenir à une affection de l'arbre biliaire. C'est ainsi que chez une malade de Krukenberg les accès douloureux furent catalogués pendant six ans, crampes de l'estomac chez une névropathe. Dans l'observation inédite de MM. Villard et Siraud, que nous rapportons, on note encore des crises douloureuses antérieures, qui furent mises sur le compte d'une dyspepsie. Comme, d'autre part, cette malade, que nous avons eu nous-même l'occasion d'examiner, est une névropathe, l'étiologie de cette dyspepsie restait très incisée.

Puis, après une certaine période d'hésitation, les accès douloureux prennent un caractère plus franc. Six ans après les premières attaques douloureuses, chez la malade de Krukenberg, quatre ou cinq ans également après les premiers phénomènes soi-disant dyspeptiques chez notre malade, nous voyons éclater des crises douloureuses qui sont étiquetées soit crises de coliques hépatiques aiguës, soit coliques hépatiques subaiguës.

D'autres fois, le début est franchement vésiculaire d'emblée, c'est le cas pour trois de nos observations.

Le début de la crise douloureuse semble moins en rapport avec les repas que la colique hépatique vraie. Celles-ci sont irrégulières, surviennent à n'importe quel moment. Un point serait intéressant à préciser, ce serait l'influence des diverses positions des malades sur l'origine de la crise. Dans les cas de vésicules très flottantes, en effet, la coudure qui se produit suivant certaines positions du sujet doit certainement intervenir. Notons encore que chez une malade de Krukenberg l'apparition des règles provoquait le retour des crises douloureuses.

La douleur est d'intensité variable, parfois subaiguë, lors des premières attaques, elle devient rapidement très aiguë, atroce, paroxystique, arrachant des cris au malade. Cette douleur, dont le maximum se trouve dans la région sous-hépatique, peut présenter les irradiations habituelles de la crise de colique hépatique vraie, en particulier l'irradiation vers l'épaule droite. Avec la douleur se produisent des phénomènes réflexes, c'est ainsi que l'on observe parfois des nausées ou même des vomissements bilieux, des frissons, des sueurs. Les malades sont agités, réclament un soulagement, un certain nombre ont recours à la morphine.

Avec le siège de la douleur et ses irradiations, il est un signe qui oriente du côté des voies biliaires, c'est l'apparition d'ictère. Chez plusieurs des malades, dont nous rapportons l'histoire, nous voyons des crises douloureuses accompagnées d'ictère s'intercaler entre d'autres crises, dans lesquelles on ne voit paraître aucune

trace de pigmentation. D'autres fois, aucune pigmentation des téguments ne se montre, mais il existe des pigments dans les urines.

Enfin, alors que la plupart des crises sont apyrétiques on a observé par intervalles une élévation thermique jusqu'à 39°2, alors qu'il s'agissait cependant de crise subaiguë. Au moment des accès douloureux, la palpation de l'hypocondre droit est rendue impossible. Toute la région est sensible avec contracture de défense. Dans aucun cas, nous ne voyons noter la sensation d'une tumeur ressemblant à un fond vésiculaire, et surtout jamais n'a été perçue la sensation de tension intermittente, qui permet d'affirmer, hydropisie intermittente de la vésicule.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES CRISES

Dans notre chapitre « Pathogénie » nous nous rattachons à la coudure pour expliquer les phénomènes douloureux paroxystiques qui caractérisent la vésicule flottante. On ne saurait ici faire intervenir la douleur par cheminement d'un calcul, puisque nous avons éliminé à dessein tous les cas de lithiase dans des vésicules à mésozystes, on ne saurait non plus faire intervenir des tiraillements d'adhérences sous-hépatiques, car nous avons soigneusement évité tous les cas où, au cours de l'intervention on brisa des adhérences, même très lâches, très minces. Nous sommes donc en présence d'un réservoir libre, dont le canal excréteur s'est coudé. La vésicule, réservoir musculaire, se contracte pour lutter contre l'obstacle, telle est la théorie en quelque sorte mécanique admise par Boerhave, Trousseau, Sénac, Traubé,

G. Sée, pour expliquer l'irritation des terminaisons nerveuses dans la colique hépatique. A cette théorie s'oppose celle de l'inflammation, soutenue d'abord par Durand-Fardel, puis Riedel, Naunyn, Löbker, Kehr. Il est évident que la température à 38°5 ou 39° cadrerait bien avec l'idée de phénomènes inflammatoires ; l'ictère parfois noté pourrait aussi s'expliquer par un état catarrhal des voies biliaires ; enfin, la présence, au moment de l'intervention, d'une bile épaisse à l'intérieur de la vésicule pourrait encore s'expliquer par un état inflammatoire léger. Cependant, je crois qu'il faut admettre ici une théorie purement mécanique. Cet état inflammatoire supposé, si léger serait-il, devrait laisser des adhérences qui, après chaque crise, devraient s'organiser davantage. Or, au cours des interventions, plusieurs années après le début des accidents, on trouve des vésicules absolument libres. La lutte que la vésicule entreprend contre l'obstacle suffit bien à expliquer les phénomènes douloureux. L'absence complète de toute lésion macroscopique au moment de l'intervention plaide en faveur de la théorie dynamique. La température, de même que l'ictère, qui se montrent dans certains cas, pourraient peut-être indiquer parfois un léger état catarrhal infectieux des voies biliaires, mais dans la colique hépatique vraie n'observons-nous pas de la température sans qu'il y ait d'infection des conduits biliaires. Quant à l'ictère, nos observations le signalent comme très inconstant, très irrégulier, et cela non seulement d'une malade à l'autre, mais chez une même malade d'une crise à l'autre. On peut très bien penser que la vésicule, en se contractant ou en se tordant sur son pédicule, peut déterminer,

par traction, des phénomènes d'étranglement partiel, au niveau du canal hépatique ou du cholédoque, d'où apparition d'un certain degré d'ictère. Nous sommes bien loin de nous opposer à l'idée d'une infection passagère, transitoire, de la muqueuse vésiculaire ; car, au moment des crises, nous sommes en présence d'un réservoir fermé, d'une cavité close, qui peut très bien offrir une réaction inflammatoire. Celle-ci se propageant ensuite par continuité provoquerait un peu d'angiocholite d'où l'ictère.

MARCHE. DURÉE. PÉRIODES D'ACCALMIE.

La durée et la fréquence des crises douloureuses de la vésicule flottante sont soumises à de grandes variations, c'est ainsi que chez certaines malades on observe le syndrome de la colique hépatique à peu près pur, la colique hépatique franche ; chez la même malade, on observe d'autres fois le type de la colique vésiculaire à douleur généralement moins aiguë, moins violente, moins paroxystique, plus permanente. Nous n'avons pas observé pour la vésicule flottante le fait décrit par Gilbert, que la douleur de la colique vésiculaire soit calmée par le décubitus ventral. La durée de ces crises vésiculaires est plus longue que pour la colique hépatique franche, quatre, cinq et même huit jours. Parfois subsiste, pendant plusieurs semaines, le véritable état de « mal biliaire » de Gilbert. La répétition de ces crises est également très variable, c'est ainsi que pendant dix ans, une malade présente des crises tous les trois ou quatre mois ; puis pendant six mois, cette malade présente des crises douloureuses tous les quatre ou cinq jours ; après un repos

d'un an survient un accès paroxystique de trois semaines ; enfin, après un nouveau repos, apparition, pendant toute une année, d'une série de crises qui se produisent régulièrement toutes les trois semaines. En somme, ces crises, très capricieuses, présentent une grande irrégularité, non seulement dans leurs manifestations, mais encore dans leur apparition même.

Il est rare qu'entre les crises la malade revienne à un état absolument normal. On voit réapparaître alors les accidents que nous avons signalés déjà comme constituant très souvent les premières manifestations de la lésion vésiculaire ; ce sont les troubles dyspeptiques, les pseudo-crampes névropathiques de l'estomac. Une malade de M. Villard accusait une sensation de crampe locale, de spasme. Le plus souvent, ce que l'on observe, c'est une douleur sourde, profonde, une sensation d'endolorissement dans la région sous-hépatique. Cette douleur continue ne va pas sans influencer beaucoup sur l'état général des malades. C'est ainsi que, d'une façon constante, on note un amaigrissement considérable, un état instable du système nerveux, une perte des forces marquée, une grosse altération de l'état général.

Au moment des paroxysmes, les signes objectifs du côté vésiculaire sont à peu près nuls ; la sensibilité de la région est tellement augmentée qu'il est impossible de se livrer à un examen prolongé qui pourrait donner quelques renseignements.

En dehors des accès, ce que l'on trouve en général c'est un point cystique douloureux, net. Mais le plus souvent la vésicule n'est pas perçue. Peut-être que si l'on employait certaines manœuvres, on arriverait à sentir le

réservoir biliaire. Tel est ce malade de Villemin, qui mettait lui-même sa vésicule sous les doigts du chirurgien dans la station debout. Chez une des malades de M. Villard, la vésicule était sentie par intermittences. Il est probable que cette malade offrait le tableau clinique complet de l'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire. Dans l'observation, nous relevons qu'au cours de l'une des crises on avait sous les doigts une sensation de plastron. Or, pour bien limiter une tumeur, quelle qu'elle soit, au-dessous d'une paroi contracturée, on éprouve les plus grandes difficultés, si bien que nous nous demandons si le soi-disant plastron n'était pas, en réalité, la vésicule dilatée. Le fait qu'à l'intervention aucune adhérence n'existait confirmerait notre hypothèse. Qu'il s'agisse d'une oblitération du cystique par calcul, par couture, ou par torsion, il est certain que le résultat sera le même, ce sera l'hydropisie de la vésicule, ce sera donc l'apparition d'une tumeur vésiculaire, d'un cholécystocèle. Mais, comme le fait remarquer Glénard, à côté du cholécystocèle superficiel, perçu sous la peau par la simple palpation de la paroi abdominale, il existe le cholécystocèle profond, pour lequel il faut avoir recours au procédé de recherches du rein. Or, le cholécystocèle profond est précisément celui que l'on obtient dans le cas de vésicule à méso. Le cholécystocèle superficiel serait produit plutôt par les vésicules partiellement mobiles, par les vésicules à fond ptosé. Si l'on se trouve en présence d'une semblable tumeur abdominale, à siège sous-hépatique, coïncidant avec des crises de colique vésiculaire, il faudra rechercher tous les signes qui sont en faveur de la tumeur vésiculaire. Matité continuant celle du

foie. Abaissement respiratoire. Mobilité de bas en haut et surtout mobilité latérale. Ce dernier signe permet à Adenot, dans deux cas, à Schwartz, dans un cas, de trancher un diagnostic hésitant en faveur d'une vésicule dilatée et ptosée. Cette tumeur est soit arrondie, soit cylindrique.

Enfin, si l'on fait un examen complet de la malade pendant les périodes de tolérance, il sera possible de trouver de la ptose portant sur d'autres viscères abdominaux; ptose gastrique ou intestinale, par exemple, ou bien ptose rénale plus ou moins accentuée. C'est ainsi qu'une de nos malades, qui avait été radioscopée, présentait de la dislocation verticale de l'estomac.

En somme, le tableau clinique que nous venons de tracer est celui de la colique vésiculaire accompagnée ou non d'hydropisie de la vésicule. Il nous est impossible de superposer l'intensité variable des phénomènes au degré variable de ptose. Ce que nous pouvons affirmer, en présence de telles manifestations symptomatiques, c'est occlusion intermittente du cystique, mais quelle est sa cause ?

Il peut exister des signes de présomption en faveur de l'une ou l'autre des causes nombreuses capables de produire cette oblitération : mais, en l'état actuel, nous ne croyons pas qu'il existe de signes de certitude.

4^e Diagnostic

L'étude clinique nous a montré que la vésicule flottante peut se présenter à nous sous des aspects assez différents, suivant l'époque à laquelle on l'observe. C'est

ainsi que pendant plusieurs années, certaines malades ont été considérées comme des dyspeptiques, leur dyspepsie étant parfois conditionnée par un état névropathique. D'autres fois, il y a des crises douloureuses avec ou sans ictère, qui rappellent plus ou moins des coliques hépatiques, mais on ne constate aucune tumeur vésiculaire. Enfin, on peut observer, dans d'autres cas, beaucoup plus rares, les signes de l'hydropisie intermittente de la vésicule ; il y a des douleurs et une tumeur de volume variable.

Dans l'étude diagnostique, nous ferons donc deux parties :

Nous rangerons, dans un premier groupe, tous les cas où la douleur est le seul signe ; dans un deuxième groupe, nous mettrons les cas où une tumeur coïncide avec les phénomènes douloureux.

Les troubles vésiculaires simulent, dans certains cas, d'une façon tellement complète, une lésion gastrique, que Huchard a pu décrire une forme pseudo-gastralgique de lithiase vésiculaire. On observe des douleurs à l'estomac, à l'épigastre. Mais, en général, il y a quelques discordances dans les signes tels que les rapports de la douleur avec l'alimentation. En dehors des crises proprement dites, il subsiste une douleur permanente et sourde, une sensation de gêne, de tension, une impression de lourdeur, de pesanteur dans l'hypocondre droit. Or, dans la lithiase, ces phénomènes douloureux sont généralement interprétés comme des efforts de la vésicule pour expulser les calculs qu'elle contient à travers un canal cystique qui ne peut les laisser passer. Ici, l'obstacle est différent, mais il n'en existe pas moins, d'où l'identité des phénomènes observés.

L'*ulcère gastrique* et l'*ulcère du duodénum* pourraient en imposer au moment des paroxysmes pour des accidents vésiculaires, mais le retour régulier des crises au lieu de l'irrégularité ; le caractère de la douleur en broche, les rapports de ces crises avec l'alimentation, doivent permettre d'éviter la confusion. Un dernier argument serait l'épreuve de Weber.

Avec l'*appendicite*, l'hésitation ne saurait être longue, les anamnétiques, le siège différent de la douleur, l'évolution orientent rapidement vers la région vésiculaire. La douleur cystique provoquée est comparable à la douleur au point de Mac Burney, dit Souville. En tout cas, une douleur locale à la pression permanente au siège de la vésicule infère presque à coup sûr une lésion de la vésicule.

Avec la *colique hépatique vraie*, le diagnostic est parfois délicat quand il n'y a pas de dilatation de la vésicule. Pour la colique vésiculaire, on a la douleur généralement moins intense, moins aiguë, mais plus durable ; on aura la répétition des crises ; l'absence d'ictère ; l'absence des calculs dans les selles. Le diagnostic devient bien plus facile quand la vésicule est dilatée, perçue sous la paroi abdominale. Le cholécystocèle, dit Gilbert, est le seul signe physique de la colique vésiculaire. Il est à la colique vésiculaire ce que l'ictère est à la colique hépatique classique. Nous avons là, évidemment, la confirmation du diagnostic, mais généralement, il est déjà fait ; le syndrome colique vésiculaire est maintenant suffisamment établi pour que l'on puisse assez facilement le distinguer.

Nous ne nous arrêterons pas beaucoup sur la deuxième

partie de notre diagnostic. Nous avons vu qu'une fois seulement une tumeur vésiculaire avait peut-être été sentie. Les erreurs faites sur le cholécystocèle superficiel ou profond sont nombreuses. Nous ne voulons pas entreprendre le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit. Ce serait faire œuvre purement théorique, car, nous l'avons vu, c'est au moment des accidents aigus que la tumeur vésiculaire pourrait le mieux être perçue, or, à ce moment, l'examen des malades est rendu impossible par l'intensité des douleurs.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de l'appendicite, qui donnera une sensation de plastron et non une tumeur mobile.

L'*hydronéphrose* peut prêter à confusion, avec d'autant plus de facilité que le rein mobile peut coexister avec une ptose vésiculaire. Mais, en dehors même de cette coexistence des deux affections, dans le cas de crises douloureuses de l'hypocondre droit, avec existence d'une tumeur intermittente à ce niveau, il sera parfois difficile de trancher entre rein et vésicule. Une observation de M. Delore, rapportée par M. Villard, insiste sur ce fait que la disparition de la tumeur coïncidait avec une émission abondante d'urine. En faveur de la tumeur vésiculaire, il existe un certain nombre de signes qu'il faut rechercher : la matité en continuité avec celle du foie sans interposition d'une bande sonore ; l'abaissement respiratoire plus externe et plus vertical. Une vésicule est mobile dans le sens vertical, mais aussi dans le sens latéral. La tumeur vésiculaire ne présente pas de bascule du pôle inférieur en dedans. En faveur d'une vésicule, il y a encore ce fait que la face antérieure devient plus

superficielle à mesure qu'on remonte, ce qui est le contraire pour le rein. Il y a enfin la possibilité d'insinuer le pouce derrière le pôle inférieur de la tumeur. L'hydronéphrose nous présentera beaucoup plus souvent que la vésicule le ballottement lombo-abdominal. Le cathétérisme des uretères en tout cas trancherait le diagnostic.

Nous retiendrons surtout un certain nombre d'affections dont le tableau clinique peut se rapprocher de celui de la vésicule flottante, au point de vue subjectif autant qu'au point de vue objectif.

Tel est le *lobe flottant du foie* qui peut couler ou comprimer par intervalles les voies biliaires. Mais le lobe flottant ne présente pas une mobilité latérale aussi marquée, en général le pédicule est plus large ; on ne trouvera pas l'aspect en battant de cloche qu'on peut trouver dans la vésicule. La continuité avec le foie est plus marquée. Une palpation attentive montre une tumeur arrondie pour la vésicule, alors qu'on sent une arête interne pour le lobe hépatique flottant.

Dans l'*hépatoptose totale*, on peut observer également une dilatation vésiculaire par coudure du cystique avec certains troubles douloureux qui peuvent revêtir soit le type de la colique hépatique, soit le type de la crise vésiculaire. Une observation très suivie de M. Jaboulay montre dans un cas d'hépatoptose le syndrome de l'hydropisie intermittente de la vésicule avec tout son cortège symptomatique. Mais il suffit d'examiner avec soin sa malade pour s'apercevoir de la ptose hépatique et rapporter par conséquent à leur véritable cause les douleurs et la tumeur.

Dans la *cholécystite subaiguë*, les poussées inflammatoires se traduisent par des douleurs et par une distension vésiculaire. Mais ici les accès douloureux seront beaucoup plus souvent accompagnés de fièvre. Il est rare qu'il n'y ait pas en même temps de l'angiocholite, d'où la fréquence plus grande de l'ictère. Mais c'est là un diagnostic purement théorique, car nous avons vu que température et ictère, dans les crises douloureuses de la vésicule flottante, pouvaient parfaitement être interprétés comme des manifestations de cholécystite.

L'*empyème de la vésicule*, de par ses phénomènes généraux, de par son évolution, ne saurait à aucun moment prêter à confusion.

Le *rétrécissement congénital du cholédoque*, avec dilatation possible de la vésicule, ictère constant, ne s'accompagne pas de crises douloureuses et, par conséquent, ne peut pas être confondu. On a affaire à des enfants, le plus souvent.

Nous en arrivons alors à faire le diagnostic des affections vésiculaires entre elles. Parmi celles-ci, il en est une qui peut nous présenter les différents aspects cliniques que nous avons distingués dans la vésicule flottante à type pseudo-lithiasique. Ce sera évidemment la *lithiase vésiculaire* elle-même qui pourra surtout nous offrir des similitudes et provoquer des erreurs. La présence des calculs dans le réservoir biliaire peut provoquer des crises de coliques vésiculaires sans autres signes ; d'autres fois, elles déterminent le syndrome hydro-pisie intermittente de la vésicule. L'erreur est tellement possible que le plus souvent c'est sur le diagnostic de lithiase biliaire que l'intervention est décidée. En faveur

de la lithiase, on a la répétition de plusieurs coliques hépatiques franches. Si des calculs ont été vus dans les matières, le diagnostic n'est plus douteux. S'il existe de nombreux calculs dans la vésicule, on pourra trouver la crépitation calculeuse, soit à la main (J.-L. Petit, Lisfranc, Delagenière, Schwartz), soit à l'auscultation (Barth et Roger). Dans le cas de calculs, la tumeur vésiculaire serait peut-être plus perceptible sous forme de tuméfaction mal limitée à contours indécis, fuyants.

Enfin, il existe des cas que nous ne citons réellement que pour leur étrangeté. Tel est le cas de Solieri, où il existait des crises douloureuses ressemblant à des coliques hépatiques et une vésicule dilatée perceptible sous la paroi ; or, à l'intervention, on ne trouve pas de pus, pas de calculs, pas de boue biliaire. Mais la paroi est épaissie, très vascularisée. Il y a des caillots sanguins ; c'étaient les caillots qui provoquaient les douleurs.

Tel est encore le cas déjà cité de MM. Villard et Mouisset d'hydropisie intermittente de la vésicule par hyper-sécrétion muqueuse.

Ainsi, quand le diagnostic de crise vésiculaire ou d'hydropisie intermittente de la vésicule est posé, il faut en rechercher la cause. Actuellement, l'examen du malade ne pourra donner que des probabilités. C'est ainsi qu'en l'absence d'antécédents lithiasiques nets, en l'absence de phénomènes infectieux, on pourra penser à une cholécystoptose. Si, d'autre part, il existe de la ptose gastrique, intestinale ou rénale, la balance penchera plutôt pour une vésicule flottante. Mais surtout, au cours de l'intervention, si rien n'explique les accidents douloureux, s'il n'existe pas d'adhérences inférieures, si on ne

trouve ni calculs, ni boue biliaire, il faut pousser plus loin les recherches. Le décubitus dorsal et le relâchement de l'anesthésie ont pu faire disparaître une ptose du fond. Il faut donc regarder si la vésicule n'est pas anormalement mobile, s'il n'y a pas de sillon de cou-dure. C'est à ce moment seulement que l'on fera le diagnostic.

3° Observations

OBSERVATION I

KRUKENBERG (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1903, n° 29)

M^{lle} Marguerite B..., de Magdebourg, 25 ans, a, depuis deux ans, des crises de coliques. Celles-ci ne sont pas toujours accompagnées d'ictère; toutefois, pendant une forte crise qui dura trois jours, avec des interruptions, le médecin a pu constater un ictère non douteux. L'intensité des crises était variable, les unes légères, d'autres très violentes, avec accès de désespoir, obligeant la malade à recourir aux pi-qûres de morphine. Pendant les crises, pas de ballonnement du ventre, sensation assez marquée de compression abdominale. Ces crises revenaient à intervalles irréguliers. Pendant les semaines intercalaires subsistaient quelques douleurs. Pas de calculs dans les matières. Sur cette malade, cependant maigre et affaiblie, on ne constate aucun signe objectif. Le foie n'est pas gros, la vésicule n'est pas perceptible. Épuisée par le retour des accès, la malade se décide à une intervention.

A l'opération, on trouve une vésicule éloignée du foie, dans la région de l'ombilic. Elle donne l'impression d'un diverticule intestinal et n'est reconnaissable que par ses connexions avec le foie dans la profondeur de l'abdomen. Sa paroi est mince, transparente. Aucune adhérence. Pas de calculs. La vésicule est suturée à la paroi abdominale et

ouverte huit jours plus tard. La bile qui s'écoule est normale. Pas d'issue de calcul. La cicatrisation de la plaie se fit normalement et seize jours après la malade sortait de la clinique.

Depuis l'opération, les douleurs ont disparu, l'état général s'est amélioré à tel point, que la malade a pu reprendre avec beaucoup d'activité ses fonctions d'institutrice.

OBSERVATION II

KRUKENBERG (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1903, n° 29)

M^{me} Elisabeth B..., 36 ans, de Halle, souffre, depuis six ans environ, de coliques qui ont été primitivement étiquetées par le médecin traitant crampes d'estomac chez une névropathe. Elles obligeaient souvent à recourir à la morphine. Dans ces derniers temps, ces crises sont devenues plus fréquentes et se produisent au moment des époques menstruelles. Il y eut de l'ictère net lors des deux dernières crises, qui se produisirent, l'avant-dernière quatorze jours avant et la dernière trois jours avant l'entrée à l'hôpital. Pas de calculs dans les matières. Au moment des crises, douleur intense dans la région hépatique, douleur qui rend difficile toute palpation. Dans l'intervalle des crises, une sensation d'endolorissement persiste. La malade devient peu à peu capricieuse et irritable. Sur les instances de son médecin elle se décide à se faire opérer.

A l'entrée, l'examen est négatif; la vésicule n'est pas perceptible; le foie ne paraît pas gros; pas de signes d'entéropose.

Opération le 10 août 1898. Le fond de la vésicule est notablement éloigné du foie. Celle-ci est de dimensions moyennes. La paroi est mince. Très détachée du foie, elle se trouve à 6 centimètres de lui. Son grand axe est longitudinal. De sorte que, comme dans le cas précédent, elle ressemble à un fruit appendu à son pédicule. Pas d'adhérences.

Cette vésicule est tellement mobile qu'on peut tirer son fond à 3 centimètres au-dessus de la paroi abdominale pour la suturer à celle-ci par des fils de soie. Le 12 août, ouverture de la vésicule. Ecoulement d'une bile foncée. Pas de calculs. La guérison fut longue : le 30 septembre la fistule biliaire persiste. Le 3 octobre, on pratique la cure de cette fistule. Le 19 octobre la malade part guérie. Depuis l'opération, les crises douloureuses ont disparu.

OBSERVATION III

RIEDEL. Expériences sur la calculose vésiculaire avec ou sans calculs. (Berlin, *Hirschwald*, 1892, p. 32.)

Il a observé des anomalies de la vésicule biliaire et en particulier décrit un cas où il ne trouva, lors de l'intervention, ni calculs, ni adhérences. Cependant la malade fut guérie de ses douleurs.

OBSERVATION IV

KÖHLER (cité par Krükenberg)

Dans un cas où il intervenait pour des douleurs vésiculaires, Köhler vit disparaître les douleurs aussitôt après le premier temps opératoire, c'est-à-dire après la fixation de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Les parois de la vésicule étaient très épaisses (un demi-centimètre).

OBSERVATION V

KÖHLER

Dans un deuxième cas, obtient semblable succès opératoire. Chez ce malade encore, il n'y a pas de calculs. Le seul fait remarquable, c'est l'épaisseur des parois vésiculaires.

OBSERVATION VI

(Inédite, M, VILLARD.)

O... Annette, épouse R..., 57 ans, entre, salle Gensoul, le 19 décembre 1911, pour des douleurs abdominales à siège hépatique datant d'un mois.

Antécédents héréditaires : mère morte d'affection indéterminée. Père mort à la suite d'une abondante hématomèse ayant suivi des vomissements datant de plusieurs mois. Trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : s'est bien portée jusqu'à l'âge de 30 ans. Réglée à 15 ans. Trois enfants bien portants. Pas de fausse couche. Ne tousse jamais.

Il y a dix ans, elle eut une crise très douloureuse, siégeant sous les fausses côtes droites et survenue brusquement en pleine santé, presque immédiatement après un repas. La douleur s'irradiait dans l'épaule droite et le bras.

Au moment de la crise, frissons; la température ne fut pas prise; pas de vomissements.

Les crises revinrent plusieurs fois et cessèrent au bout de deux semaines environ. Pas d'ictère consécutif, pas de calculs dans les selles; pas de modification de leur coloration. Pendant la période de huit années qui suivit, la malade ne présenta rien d'anormal. Il y a deux ans, survint une deuxième crise, analogue à la première; elle dura à peu près une semaine, elle s'irradia dans le dos et dans les deux épaules, et ne fut calmée que par les piqûres de morphine. Six mois plus tard, troisième crise très passagère. Enfin, à partir de ce moment, bonne santé jusqu'au mois de novembre 1911, début de l'affection actuelle.

On ne note pas de troubles digestifs dans l'intervalle des crises; pas de vomissements, pas d'hématomèse, pas de mélena.

Légère perte d'appétit, léger amaigrissement.

Le 20 novembre, au milieu de la nuit, la malade fut réveillée par une douleur très vive, au niveau de l'hypocondre droit, avec irradiation dans l'épaule droite. Frissons, sueurs, nausées et vomissements bilieux.

Depuis le début, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, et tellement intenses, qu'elles nécessitent une piqûre de morphine quotidienne. C'est la persistance de ces crises qui amène la malade à l'hôpital.

A l'entrée, embonpoint normal. Teinte légèrement subictérique. L'examen de l'abdomen est rendu difficile par l'obnubilation extrême de la malade et la résistance de la paroi. La région sous-hépatique est douloureuse. Le foie a une matité de quatre travers de doigt et ne dépasse pas les fausses côtes. On ne sent pas la vésicule, mais on réveille un point douloureux sur le bord externe du muscle grand droit.

L'estomac, les reins, la rate semblent normaux. Toucher vaginal négatif. Réflexes normaux.

Poumons, cœur normaux.

Urines : pas d'albumine.

En somme, d'après l'examen, on conclut d'une façon ferme à la lithiase.

Intervention le 5 janvier 1912.

Laparotomie sur le bord externe du grand droit. On tombe sur une vésicule grosse qui déborde le bord antérieur du foie. Les parois ne sont pas épaissies. Il n'existe aucune adhérence. On incise la vésicule. La bile qu'elle contient est claire. L'exploration de sa cavité, pas plus que la palpation des voies biliaires, ne découvre aucun calcul. On se décide alors à refermer l'incision vésiculaire, pratiquant ainsi une taille idéale. Le moignon est ensuite suturé au péritoine pariétal; cette cholécystopexie empêchant le déplacement du fond vésiculaire.

La malade sort de l'hôpital le 15 janvier, n'ayant plus repris aucune crise douloureuse.

Le 24 mai 1913, la malade n'a plus présenté d'accidents.

Elle a repris son poids normal. Elle accuse seulement parfois une légère sensation de tension au niveau de sa cicatrice.

OBSERVATION VII

VILLARD et NOVÉ-JOSSERAND (*Lyon Chirurgical*, 1909).

M^{lle} X..., 55 ans.

Pas d'antécédents hépatiques; début des souffrances plus ou moins vives en 1885, avec répit de trois ou quatre mois, sans altération de l'état général.

En juillet 1896, crises très aiguës à droite, dans la région vésiculaire, sans ictère, avec fièvre, avec vomissements bilieux; crises revenant tous les quatre ou cinq jours. Etat grave pendant six mois. Refus de l'opération.

En septembre 1897, nouvelle crise de trois semaines.

En mai 1905, crise d'une durée de douze heures revenant ensuite toutes les trois semaines.

Toutes ont ressemblé à s'y méprendre à des crises de coliques hépatiques. Jamais de calculs dans les selles. Grosse altération de l'état général, la malade ne se nourrissant que de liquides.

Intervention le 26 juin 1906. Incision de cholécystostomie sur le bord externe du droit. On découvre une vésicule qui déborde très largement le bord inférieur du foie. Cette vésicule est flasque et on a la sensation qu'à certains moments elle doit être considérablement distendue. La palpation minutieuse de la vésicule et du cystique permet de constater l'absence de tout calcul. En relevant le foie et en examinant la face inférieure de la vésicule, on perçoit alors nettement un sillon transversal et légèrement oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors. Ce sillon, d'aspect blanchâtre, siège à peu près à la partie moyenne de la portion de vésicule recouverte par le foie. En abandonnant le fond de la vésicule on voit nettement l'organe se plier suivant ce sillon. On attribue en conséquence les accidents à

un vice de position temporaire réalisé par ce flottement de la vésicule.

On termine l'intervention par une cholécystostomie qui remplira le double but de faire rétracter cette vésicule trop distendue et d'empêcher son flottement par fixation à la paroi. L'ouverture de la vésicule a permis, en même temps, de confirmer l'absence de tout calcul et de toute infection biliaire.

Le drain est sorti rapidement, la bile cesse de couler par la fistule au bout de huit jours.

La malade a été radicalement guérie et depuis l'intervention aucune crise ne s'est manifestée.

En août 1908, la malade se porte à merveille ; pas de douleurs. Alimentation normale.

OBSERVATION VIII

(Inédite. M. VILLARD) (1)

M^{lle} M... D..., 41 ans.

Antécédents héréditaires : mère morte à 52 ans d'un néoplasme de l'estomac. Père mort à 71 ans d'une hémorragie cérébrale. Quatre frères en bonne santé.

Antécédents personnels : pas de maladies graves dans l'enfance. Menstruation débute à 13 ans, toujours très régulière. Légère scoliose à l'âge de 10 ans. Aucune maladie pendant la jeunesse et l'âge adulte.

La malade a toujours eu une vie très sédentaire, qui tenait à une résistance physique très diminuée. Pendant ces dix dernières années, son poids a oscillé entre 52 et 42 kilos. Cependant, la malade est plutôt grande (1 m. 66).

Depuis de longues années, la malade est soignée pour des troubles dyspeptiques caractérisés par l'irrégularité de

(1) Nous remercions M. le professeur-agrégé Siraud, qui a bien voulu recueillir pour nous les détails de cette observation.

l'appétit, de l'hyperchlorhydrie intermittente, des fermentations gastriques, une digestion pénible de la viande et surtout de la graisse.

En 1909, grippe à forme gastro-intestinale avec température à 39°-40° pendant quatre semaines.

Au mois de février 1910, se montrent les premières manifestations hépatiques. Elles débutent par des coliques hépatiques subaiguës. Le tableau clinique peut se résumer de la façon suivante : douleurs à l'épigastre avec irradiations vers l'hypocondre droit et vers le cæcum. Pas d'ictère. Existence de pigments biliaires dans les urines. Pas de vomissements. Réaction péritonéale péricystique donnant une légère sensation de plastron. La température est montée jusqu'à 39°2.

Depuis cette époque, l'appétit de la malade a considérablement diminué, amenant un amaigrissement très notable. Elle ressent à intervalles très rapprochés des douleurs au niveau du foie et de la région vésiculaire; il ne s'agit pas d'une douleur aiguë, mais la malade la définit plutôt comme une sensation de crampe locale, de spasme. Parfois se produit une irradiation vers l'épaule. Assez rarement les accès douloureux sont accompagnés de vomissements bilieux.

En novembre 1912, crises douloureuses presque quotidiennes. Le maximum de la douleur se trouve soit à l'épigastre, soit au niveau du foie. Des irradiations se font soit vers le cæcum, soit vers l'épaule. La température oscille, à cette époque, entre 37° et 38°5. Pas d'ictère. Par intermittences, la vésicule semble perceptible au-dessous des fausses côtes.

Pendant toute cette évolution, la malade, qui a diminué son alimentation, a maigri d'une façon notable. Mais aussi son état névropathique antérieur s'est considérablement augmenté. Elle est maintenant très irritable et vit dans une sorte de hantise de sa maladie.

Une radioscopie montre un estomac vertical, tubulé, descendant jusqu'au niveau de la ceinture pelvienne. Le foie paraît de volume normal. On ne voit aucune trace de lithiase vésiculaire ou rénale.

Intervention le 30 janvier 1913 (MM. Villard et Siraud).
Laparotomie sur le bord externe du droit. On découvre une vésicule qui dépasse le bord libre du foie de cinq à six centimètres. Les parois du fond vésiculaire sont flasques comme si la vésicule était à certains moments distendue par une assez grande quantité de bile. L'organe est complètement libre, sans adhérences avec les parties voisines, de sorte que la vésicule en masse a une assez grande mobilité. Une exploration minutieuse montre l'absence de calculs dans la vésicule et le cystique. L'ouverture du réservoir biliaire laisse écouler une bile claire et montre des voies biliaires libres. On met alors l'origine des accidents sur le compte de la mobilité vésiculaire entraînant des troubles mécaniques.

On fait une cholécystostomie dans le but de fixer l'organe et d'en favoriser la rétraction. Ablation du drain le quatrième jour. L'écoulement de la bile s'arrête le neuvième.

Depuis l'intervention, la malade n'a plus repris de crises. Elle a repris une alimentation normale et a engraisé.

CHAPITRE III

LA VÉSICULE FLOTTANTE (volvulus de la vésicule)

1° Anatomie pathologique

Bien que cela puisse sembler, au premier abord, paradoxal, nous nous trouvons là en présence de documents plus nombreux et plus riches en détail que pour la vésicule flottante à type pseudo-lithiasique. C'est que les auteurs, frappés par le tableau clinique d'allure aiguë, dramatique, qu'ils voyaient se dérouler, et frappés aussi par leur trouvaille opératoire ou nécropsique, étudiaient avec beaucoup de soin les circonstances anatomo-pathologiques de leurs observations.

Dans tous les cas il s'agit naturellement de vésicules absolument libres, pédiculées ; la torsion étant impossible avec l'existence d'un mésocyste.

A l'ouverture de l'abdomen, on pourra trouver du liquide séro-sanguinolent dans le péritoine.

La vésicule, devenue une véritable tumeur, est le plus souvent réniforme. Son volume est considérablement augmenté, certaines observations donnent des dimensions très exactes, en centimètres ; d'autres donnent des comparaisons qui parlent beaucoup plus à l'esprit. C'est

ainsi que l'on trouve les dimensions d'un gros œuf, d'une grosse poire, des deux poings, d'une tête de petit enfant.

La tumeur est, en général, rouge noire, violacée.

Le contenu de la vésicule est formé d'une quantité variable de caillots sanguins, de sang clair et de bile plus ou moins trouble, plus ou moins teintée de sang. Dans les observations de Mayer et de Wendel il existait des calculs, mais la coexistence de lithiasé et de torsion du pédicule ne doit pas faire éliminer ces deux observations du cadre de notre étude. Une seule fois il existait de la cholécystite avec ouverture de la vésicule dans un abcès de voisinage ; cette infection nous semble d'ailleurs conditionnée par une lithiasé coexistante.

En général, pas d'adhérences. Des adhérences anciennes auraient en effet empêché la rotation de la vésicule suivant son grand axe et une fois le volvulus produit, l'intervention fut toujours trop précoce pour avoir permis à des tractus inflammatoires de s'organiser.

Dans les protocoles d'autopsie la paroi vésiculaire elle-même est toujours notée œdémateuse, épaissie, infiltrée de sang. Dans un cas, l'épaisseur de la paroi est montée jusqu'à 3 centimètres. Au microscope, il existe une forte infiltration hémorragique avec destruction des éléments. On note surtout la dégénérescence des éléments élastiques et musculaires, qui prennent mal les colorants. Petits foyers de nécrose vasculaire. Parfois piqueté hémorragique et ulcérations de la muqueuse. Dans un seul cas (Nehrkorn) il y avait de la gangrène.

Une seule fois l'intestin présentait une forte réaction avec exagération de la circulation. D'ailleurs, dans le cas auquel nous faisons allusion, on avait posé le diagnostic d'occlusion intestinale par tumeur.

Au sujet du pédicule, les renseignements sont très précis. En général, assez volumineux, il présentait une seule fois le volume d'un crayon. La torsion se fait le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre. Quant aux chiffres qui indiquent la torsion, ils sont assez variables : on trouve trois fois une torsion à 360° ; une fois la torsion ne dépasse pas 270° ; par contre, dans deux cas, il existait deux tours complets. Une observation moins précise dit que le pédicule était tordu plusieurs fois. Les tours peuvent être assez serrés parfois pour donner l'illusion d'un corps étranger inclus dans la lumière du cystique ou d'un noyau carcinomateux. C'est le cas en particulier pour l'observation de Lett.

Quant à l'état des vaisseaux, qui sont compris dans le pédicule, nous n'avons sur lui aucun renseignement précis. Nous savons bien que, dans la paroi même de la vésicule les petits vaisseaux peuvent être atteints de nécrose ; nous savons qu'il existe des hémorragies intra-vésiculaires ; mais les observations sont muettes sur l'état de l'artère et de la veine cystique et sur les rapports de ces vaisseaux avec le canal excréteur au niveau de la torsion.

2° Étiologie. — Pathogénie

Le volvulus de la vésicule a frappé tous les chirurgiens qui eurent l'occasion de l'observer et tous essayèrent, soit d'expliquer la torsion elle-même, soit d'expliquer les lésions qu'ils avaient sous les yeux.

Les auteurs allemands, à qui nous devons le plus grand nombre de cas, Mühsam, Mayer, Fischer, Kubig, discutent la théorie hémato-dynamique de Payr. Suivant ce-

lui-ci on pourrait obtenir une torsion des organes pédiculés par simple exagération de pression dans les veines du pédicule. Mais, selon Payr lui-même, certaines conditions doivent être réalisées. Il faut un organe à pédicule long, grêle, très vasculaire. Il faut, de plus, qu'il y ait une grande disproportion entre le volume de la tumeur et celui de son pédicule. Dans ces conditions seulement la théorie hémato-dynamique est applicable. C'est ainsi que, expérimentalement, Payr put obtenir une torsion du pédicule splénique. Mais quelle différence existe entre la rate et son pédicule, d'une part, et la vésicule pédiculée de l'autre ! Dans un cas, nous sommes en présence d'un organe volumineux, très vascularisé, sans canal excréteur, appendu à l'extrémité d'un pédicule formé uniquement de vaisseaux énormes ; le pédicule restant cependant mince par rapport à l'organe auquel il se rend. Dans l'autre cas nous sommes en présence d'un réservoir creux possédant un pédicule relativement court formé de plusieurs éléments. Tout d'abord nous y trouvons un canal excréteur dont le diamètre continue peu à peu, en s'amincissant, celui de l'organe, à côté de ce canal une ou deux artérioles et des vésicules de calibre relativement faible. La comparaison de l'un à l'autre est donc difficile à établir. De plus, nous ne voyons pas quelles circonstances pourraient produire des troubles circulatoires dont nous pourrions faire la cause de la torsion. Les vaisseaux sont libres, mobiles à l'intérieur du petit épiploon, ils peuvent échapper à la pression dans les cas de simples déplacements latéraux de la vésicule. Il faut, pour comprimer le pédicule vasculaire une véritable torsion de ce pédicule lui-

même. Ainsi, c'est la torsion qui produit les troubles circulatoires et nous devons nous garder de prendre l'effet pour la cause. Nous nous voyons donc obligé de rejeter la théorie hémato-dynamique de Payr. Quelles sont alors les causes qui peuvent être invoquées pour expliquer le volvulus de la vésicule ?

Tout d'abord, il nous faut remarquer que, à part le cas de Wendel, où nous avons affaire à une malade de 23 ans, nous sommes le plus souvent en présence de malades âgées, entre 54 et 75 ans. Le plus souvent aussi ce sont des femmes, puisque un cas seulement se rapporte à un homme. Ces deux facteurs étiologiques, croyons-nous, doivent jouer un rôle. Avec l'âge se produit une ptose générale des organes abdominaux. Il est reconnu que cette ptose est plus habituelle et plus marquée chez la femme, car chez elle nous trouvons des causes provocatrices plus nombreuses de la distension et du relâchement de la sangle abdominale. Dans le seul cas se rapportant à un homme, remarquons que c'était un tuberculeux cavitaires, qui avait certainement subi la fonte habituelle de ces sortes de malades et de plus notons chez lui la présence d'une hernie inguinale qui nous indique une paroi abdominale faible. Dire que nous avons affaire à des gens âgés, c'est dire que nous sommes en présence d'individus chez qui la ptose viscérale est conditionnée par l'atrophie progressive du tissu élastique et du tissu musculaire. Nous ne rappelons que pour mémoire ici les recherches histologiques déjà mentionnées de Kübig. Cette modification des organes par atrophie des éléments élastiques et contractiles est une condition éminemment favorable, non seulement à la distension passive, mais aussi à la ptose, à la mobilité du réservoir biliaire.

Ainsi, distension et ptose plus accentuée de la vésicule d'une part, disparition du coussin intestinal sous-jacent qui pouvait tout d'abord servir de véritable lit à l'organe, d'autre part, telles sont les causes primitives du volvulus. La vésicule devient un véritable organe creux suspendu au canal cystique comme une poire à son pédicule.

Ces vésicules ainsi perdues au milieu de la cavité abdominale subissent fatalement l'influence des organes voisins. Elles se trouvent dans les conditions de tout organe libre à l'extrémité d'un pédicule, un kyste de l'ovaire, par exemple. Elles vont subir les déplacements que lui imposeront les changements de position, les mouvements du malade. De plus, il pourra se faire que l'artère cystique soit dédoublée, le canal sera compris dans une sorte d'anse vasculaire qui, tiraillée dans certaines positions, viendra étrangler le col vésiculaire ; celui-ci se trouvera tendu sur l'artère inférieure comme une corde sur un chevalet. Ainsi seront déterminés des phénomènes de stase et de distension, qui augmenteront le volume du cholécyste et favoriseront sa torsion. L'intestin, enfin, pourra devenir un voisin dangereux de par ses contractions péristaltiques. Celles-ci vont soumettre la vésicule à des mouvements incessants dans un même sens. Le réservoir biliaire va rouler en quelque sorte sur les ondes intestinales et peu à peu aboutir à la torsion, au volvulus de l'organe.

Nous n'avons pas oublié que les vaisseaux cystiques abordent la vésicule au niveau de son col. Au moment de la torsion ils vont donc suivre celui-ci dans son mouvement de rotation sur lui-même et s'enrouler autour de

lui. Les veines, qui se laissent plus facilement déprimer seront lésées les premières, d'où les phénomènes de stase que l'on observe toujours, les hémorragies à l'intérieur de la vésicule et dans les parois elles-mêmes. Il est probable que peu à peu la torsion aboutirait à une compression des artères provoquant des phénomènes de gangrène. Dans un cas seulement ces accidents avaient eu le temps de se produire ; dans les autres, l'intervention, commandée par les phénomènes aigus, s'était imposée assez tôt pour ne les avoir pas laissés éclater. La gangrène était imminente dans le cas de Mühsan. Suivant cet auteur la leucocytose accentuée qu'il rencontre dans son observation (20.000 leucocytes) est un indice de gangrène menaçante. Enfin, dans le cas de Wendel, la co-existence de cholécystite avait provoqué la formation d'adhérences. Grâce à elles la gangrène fut évitée, elles étaient suffisantes pour assurer la vitalité de l'organe, car suivant Lett les artérioles venues de la cystique devaient être coupées.

3° Etude clinique

Nous possédons un nombre d'observations un peu trop restreint et ces observations elles-mêmes s'étendent trop peu sur la symptomatologie pour nous permettre d'établir un tableau clinique vraiment intéressant du volvulus de la vésicule. Le plus souvent, lorsque le chirurgien voit les malades, ceux-ci sont dans un état grave, une intervention d'urgence est nécessaire. Le diagnostic est alors fait, le bistouri en main. Il nous est impossible, dans ces conditions, d'établir un tableau symptomatique d'où se détacheraient nettement certains signes sur lesquels

on pourrait se baser pour asseoir un diagnostic précis de volvulus. Tout ce qu'il nous est permis de faire, c'est d'écrire une sorte d'observation schématique en puisant dans tous les cas connus.

En général, on se trouve en présence de sujets âgés, débiles, affaiblis ; et le plus souvent ce sera une femme. Des lésions ou des tares anatomiques coexistantes pourront attirer l'attention sur une résistance musculaire plus ou moins diminuée, c'est ainsi que l'on observe des hernies inguinales ou des maladies antérieures débilitantes (la tuberculose dans deux cas).

L'interrogatoire pourrait attirer l'attention du côté des voies biliaires. C'est ainsi que dans le seul cas qui ait pu être suivi pendant quelques jours on a pu noter vingt ans avant le volvulus des douleurs lombaires qui avaient été étiquetées douleurs rhumatoïdes. Mayer, à qui appartient cette observation, n'hésite pas à faire de ce pseudo-rhumatisme une poussée de coliques hépatiques dans une vésicule flottante en position postérieure, lombaire. On a pu observer des phénomènes plus graves encore ; c'est ainsi que la même malade présentait, dix ans avant son affection terminale, une crise douloureuse avec vomissements, constipation, état général grave. Ces phénomènes furent attribués à une hernie ; mais il faut bien noter qu'à ce moment la hernie était réductible, si bien que nous pouvons logiquement nous demander s'il ne s'agissait pas d'une tentative de volvulus qui s'était lui-même réduit. En dehors de ces anamnestiques, qui peuvent attirer l'attention du côté des voies biliaires, les observations signalent plusieurs fois, au moment de la torsion, l'irradiation caractéristique de la douleur du côté de l'épaule droite.

En général, le début du volvulus se manifeste par une douleur progressive dans l'hypocondre droit. Au début, cette douleur peut être assez faible pour permettre à la malade de continuer une partie de ses occupations habituelles, pour ne pas exiger un alitement absolu. Peut-être d'ailleurs, dans le cas que nous avons en vue, le volvulus s'est-il produit en plusieurs temps. Puis la douleur va rapidement en s'exagérant en même temps qu'elle diffuse peu à peu dans tout le côté droit de l'abdomen. Cette douleur devient alors intense, impose l'immobilité à la malade, arrache des cris et des plaintes à l'aliénée de Fischer.

Plus rarement le début est marqué par des vomissements ; ceux-ci, d'une façon plus générale, succèdent à la douleur, se montrent un jour ou deux après elle. Une seule fois, il y eut des vomissements fécaloïdes. Avec ceux-ci coexistait un arrêt complet des matières et des gaz. Deux autres fois, sans vomissements fécaloïdes, on observe les mêmes phénomènes d'occlusion intestinale. Dans un de ces cas même, des ondes péristaltiques se dessinaient sous la paroi, et cependant, à l'autopsie, on ne trouvait aucun obstacle sur le tractus intestinal.

Rapidement l'état général devient inquiétant. Au troisième jour, la langue est sèche. Les malades ont du délire ou présentent un état d'adynamie profonde. Le pouls devient petit, en même temps qu'il augmente de fréquence (96 à 150). La température ne fut exactement inscrite que deux fois et l'on observait 37°8 et 38°3. Dans les autres observations, l'état thermique n'est pas figuré ou bien n'est indiqué que par cette seule mention : « température élevée ». Nous avouons que nous aurions de

beaucoup préféré trouver dans ces observations étranges la température du malade au lieu de sa formule leucocytaire.

La marche des accidents est toujours très rapide. Au troisième ou quatrième jour, l'intervention s'impose, urgente. Mais bien souvent il est trop tard, les malades meurent dans le collapsus, quelques heures après l'opération.

Pendant toute l'évolution de ce tableau clinique l'examen du malade révèle en général quelques signes abdominaux qui attirent l'attention, sinon du côté des voies biliaires, au moins dans la région sous-hépatique. Nous ne tiendrons aucun compte, naturellement, des constatations qui ont pu être faites dans des examens antérieurs. Telle est cette malade de Wendel chez qui, un an avant ses accidents de volvulus, on avait perçu une tumeur mobile dans l'hypocondre droit. Mais si nous voyons la malade pour la première fois au moment des accidents aigus, la palpation de l'abdomen montre, soit le ventre de bois, soit un ventre ballonné. Les phénomènes peuvent être plus accusés à droite ; dans certains cas même il existe une douleur élective au niveau du siège habituel de la vésicule. D'autres fois, le point douloureux fait hésiter entre vésicule et appendice. La palpation est rendue difficile par la douleur. Mais on a toujours la possibilité de faire un examen sous anesthésie. On sent alors, dans l'hypocondre droit, une tumeur de forme et de volume variable. Mühsam insiste sur l'aspect réniforme que présenterait plus souvent la vésicule à la palpation. Cette tumeur est dure, tendue, mate. Eloignée du foie ou rapprochée de lui, la matité de la tumeur se

continue avec la matité hépatique. Elle est immobile dans tous les sens, aussi bien horizontal que vertical.

En somme, douleur aiguë à caractère hépatalgique, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Puis signes péritonéaux ; ventre de bois, ballonnement. Etat général grave ; délire, collapsus, pouls rapide, petit. Sensation de tumeur dans la région sous-hépatique, évolution se faisant en quelques jours avec une température autour de 38°, c'est là tout ce que nous savons du complexe symptomatique du volvulus de la vésicule biliaire.

4° Diagnostic

Jusqu'à maintenant le diagnostic de volvulus de la vésicule n'a jamais été fait au lit du malade, ce ne fut que l'intervention et quelquefois même, au cours de celle-ci, ce ne fut que la recherche du pédicule détordu de la tumeur qui, en conduisant sous le foie, montra en face de quelle lésion l'opérateur se trouvait. Il semble donc difficile de tirer d'un tableau clinique aussi succinct que celui que nous possédons, les éléments nécessaires pour poser le diagnostic de par l'examen du malade.

L'affection qui nous intéresse se présente avec une allure générale dramatique et des phénomènes aigus, aussi serait-il facile d'écrire un chapitre de diagnostic où l'on passerait en revue toutes les affections abdominales à marche rapide, à tableau symptomatique grave. Ce serait passer en revue toutes les affections abdominales aiguës et nous risquerions de nous égarer fort loin de notre sujet. Ce serait faire œuvre toute artificielle et parlant sans intérêt.

D'autre part, on pourrait être tenté d'enfermer notre diagnostic dans un cadre trop étroit en cherchant à poser un diagnostic positif qui est loin de s'imposer. Il faudrait alors vouloir faire dire aux observations plus qu'elles ne peuvent nous donner. Il faudrait ramener tous les signes observés à des signes certains de lésions vésiculaires. Il n'y aurait plus alors qu'à différencier le *volvulus* des autres affections de la vésicule.

Il faut se garder également, croyons-nous, de ces deux tendances et le plus simple sera de discuter les erreurs de diagnostic de nos observations. Ces erreurs ont été la règle, mais il fut toujours possible d'éliminer un grand nombre d'affections, puisque nous voyons successivement poser l'indication opératoire sur une appendicite, sur une *cholécystite* aiguë, sur une occlusion intestinale par *hydronéphrose* aiguë dans un rein mobile ; une autre fois, on hésite entre une tumeur appendiculaire et une lithiase cholédocienne.

Avec l'*appendicite*, il semble que le diagnostic puisse être posé. En effet, dans le cas de Mühsam, il y a bien douleur dans l'hypocondre droit, mais cette douleur s'irradie dans l'épaule droite. Il existe une douleur à la pression, non seulement au point appendiculaire, mais encore plus haut, dans la région vésiculaire. Au niveau de l'ombilic on sent une tumeur piriforme dont la situation est sensiblement celle de la vésicule. Tout cet ensemble de phénomènes indique plutôt une affection cystique qu'une lésion de l'appendice. Enfin, une température de 37°8, un pouls à 96 ne vont guère avec le diagnostic d'*appendicite*, car il y a toujours un état général grave, une évolution toujours très rapide. Il ne pourrait donc s'agir que

d'une appendicite gangreneuse. Dans ces conditions, alors, nous aurions une température plus élevée ou bien avec une température relativement basse, autour de 38°, nous aurions un affolement du pouls beaucoup plus intense. Un abcès appendiculaire ne pouvait guère se confondre avec la tumeur sentie. Celle-ci était très haut, ses rapports avec le foie avaient été parfaitement perçus. Un abcès appendiculaire aurait donné une sensation d'induration, de plastron et non pas la sensation d'une tumeur bien isolée. Enfin, une appendicite haute chez le vieillard est plutôt rare. Je sais bien que l'on pourra m'objecter que le volvulus de la vésicule l'est non moins, mais il en reste que l'on devrait penser à une affection cystique bien plus qu'à une affection appendiculaire. Dans le cas de Brade nous avons peu de renseignements cliniques. Là encore le diagnostic d'appendicite avait été posé. Et cependant on pouvait sentir, dans la région sous-hépatique, une tumeur grosse, élastique, fortement tendue.

Nous voyons donc que même dans les cas où l'on pouvait le plus douter en faveur d'une appendicite (puisque c'est le diagnostic auquel on s'était arrêté), il existait une certaine discordance dans les signes appendiculaires. Comme, d'autre part, on trouvait des signes de tumeurs dans la région sous-hépatique, il fallait penser à des organes placés plus haut dans l'abdomen : rein ou voies biliaires.

Avec l'*hydronéphrose*, la confusion fut faite une fois. Cette malade de Mayer était d'ailleurs assez complexe. Il existe bien des hydronéphroses aiguës à syndrome d'occlusion intestinale et la malade avait bien eu des cri-

ses douloureuses antérieures à siège lombaire. Pourtant, au cours des examens précédents, qui avaient été nombreux, on ne parle jamais de la présence d'un rein flottant, on ne voit jamais d'hématurie. A la phase aiguë du volvulus, la tumeur est perçue très bas, au niveau du canal inguinal. Or, une hydronéphrose ainsi perceptible devrait constituer une grosse masse saillante sous la paroi abdominale. Une uronéphrose très volumineuse pourra ne plus donner le ballottement rénal lombo-abdominal, mais une tumeur pas plus développée que celle de Mayer aurait dû le donner. Enfin, le plus souvent, la matité de la tumeur est séparée de la matité hépatique par une zone sonore dans le cas de rein, ce que l'on ne doit pas, théoriquement, observer pour une vésicule.

Il faudra quelquefois accorder beaucoup plus d'attention à l'examen de la malade qu'à son interrogatoire. Les signes fonctionnels doivent céder le pas aux signes physiques : le cas rapporté par MM. Villard et Cotte en est un remarquable exemple. Leur observation XIII note, avec des signes physiques de cholécystocèle, de véritables débâcles urinaires qui faisaient penser à une hydronéphrose. Une incision lombaire permit d'extirper une vésicule malade au-dessous d'un foie ptosé. Nous voyons donc la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer un volvulus de la vésicule d'une hydronéphrose dans un rein mobile. La recherche attentive des signes physiques et, si l'on a le temps, le cathétérisme des uretères, doivent cependant orienter du côté de la vésicule.

Avec la *cholécystite aiguë* et la lithiase cholédocienne, on se rapproche davantage. Mais en faveur d'une cholécystite aiguë on trouvera une infection ou une pyrexie

antérieure ; fièvre typhoïde, pneumonie, dysenterie, par exemple, ou bien encore des signes de lithiase ancienne. En faveur d'une cholécystite il y aura, coïncidant avec le début brusque, une température élevée à 40°, 41°. Celle-ci réalisant parfois le tableau de la fièvre intermittente bilio-septique de Chauffard. Dans la cholécystite on aura souvent de l'ictère qu'on ne voit jamais figurer dans nos observations de volvulus. Il est certain qu'une affection hépatique préexistante, déterminant plus tard une tuméfaction au niveau de la vésicule biliaire, devra faire songer immédiatement à une cholécystite. Mais si le passé hépatique n'est pas net, si la température reste peu élevée, avec des phénomènes généraux graves, si l'on sent une tumeur dans la région sous-hépatique, en continuité avec le foie, sans lui être immédiatement adhérente, on doit penser à la possibilité du volvulus d'une vésicule pédiculée. Les signes ne sont pas nets, c'est certain, mais la meilleure façon de reconnaître cette affection sera encore d'y penser.

Quant au diagnostic de *lithiase du cholédoque*, pour lequel on a une fois hésité, nous pensons qu'il est incomplet, ainsi formulé, et que l'on a voulu parler de lithiase infectée. La lithiase cholédocienne septique ou aseptique, donnera généralement de l'ictère ; la vésicule est en général petite ; il n'y aura pas ou peu de température. Pas de phénomènes généraux graves à allure aiguë, comme dans le volvulus. La douleur n'est pas au point vésiculaire, mais plus en dedans. D'ordinaire, le début n'est pas brusque : on trouvera des crises douloureuses antérieures avec calculs dans les fèces. En somme le diagnostic est, croyons-nous, assez facile. Si cette lithiase est in-

fectée, le tableau clinique change ; des phénomènes d'angiocholite surviennent, auxquels peuvent se surajouter des accidents de cholécystite. Le diagnostic avec le volvulus ne saurait se poser que si l'on n'a aucun renseignement sur le début de la maladie.

A côté de ces erreurs de diagnostic, qui sont celles de nos observations, il existe un certain nombre d'affections qui peuvent déterminer un syndrome assez analogue à celui que donne le volvulus de la vésicule. Telle est la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, telle est aussi la pancréatite aiguë.

L'*ulcère de l'estomac* débute exceptionnellement par une perforation d'emblée. Il y aura un passé gastrique avec douleur, hématemèses. La douleur de la perforation est très aiguë, en coup de poignard, au lieu d'être progressive, comme pour le volvulus. Il y a quelquefois des vomissements sanglants. La température est abaissée.

Dans l'*ulcère du duodénum* on a encore le début aigu avec douleur atroce. Le siège de cette douleur est soit sous-hépatique, soit épigastrique, avant de diffuser dans tout l'abdomen. Le facies péritonéal et les phénomènes péritonitiques avec nausées, vomissements, s'installent rapidement. Le malade a le plus souvent derrière ses accidents aigus un long passé douloureux, qui a permis d'établir un diagnostic d'ulcère duodénal.

Le diagnostic, en somme facile dans le cas de perforation avec péritonite aiguë, devient plus difficile quand s'établissent les signes d'une collection enkystée de la région sous-phrénique ou sous-hépatique. Le début est moins brutal, progressif. En dehors des antécédents et des signes d'ulcère, on trouvera non pas une tumeur li-

mitée, réniforme, comme on l'observe dans la torsion vésiculaire, mais une sensation de plastron, de collection : ou bien on aura tous les signes d'une collection gazeuse sous-phrénique.

La *pancréatite hémorragique* pourrait prêter à confusion. Si l'on se trouve en présence des cas suraigus ou même des cas à début aigu, l'erreur ne saurait subsister longtemps. Mais parfois on voit la pancréatite hémorragique être précédée de prodromes, tels que des douleurs épigastriques ; le début peut être marqué par les signes d'une colique hépatique franche qui prend peu à peu les caractères d'une crise lithiasique. Mais bientôt tout le cortège symptomatique apparaît : vomissements, parfois hémorragiques, diarrhée profuse avec mélena, le pouls lent, dur. La douleur est plutôt épigastrique, juxta-ombilicale, située plus en haut et plus en dedans que le point appendiculaire, plus bas et plus en dedans que le point vésiculaire. Les irradiations de la douleur se font à gauche. On trouve un point douloureux à l'angle costo-vertébral gauche.

Enfin, une dernière affection peut offrir le tableau clinique complet du volvulus, c'est ce que MM. Piéri et Weill ont décrit récemment sous le nom d'*occlusion aiguë de la vésicule*. Le début brusque, la tumeur vésiculaire, l'état général rapidement grave avec tendance au collapsus, l'absence de coliques hépatiques antérieures, le foie senti légèrement abaissé, pouvaient faire dire volvulus ou coudure du cystique. Or, il s'agissait d'une occlusion aiguë de la vésicule par un calcul. Nous avons là, évidemment, une affection rare et rien ne pouvait faire prévoir la trouaille opératoire. En l'absence de

coliques hépatiques antérieures, en l'absence de calculs dans les fèces, en l'absence d'une ptose viscérale très nette, rien ne peut orienter le diagnostic du côté du volvulus ou du côté de l'occlusion aiguë par calcul. Le tableau symptomatique reste absolument le même dans les deux affections, puisqu'il s'agit, dans les deux cas, d'une fermeture brusque de l'origine du canal cystique.

Après avoir essayé de tracer le tableau clinique du volvulus de la vésicule biliaire, après avoir tenté d'établir le diagnostic de cette affection, nous pouvons nous rendre compte qu'il n'existe pas un signe de certitude absolue. Maintenant que la possibilité de semblable accident est démontrée par les faits, on devra y songer lorsqu'on se trouvera en présence de l'ensemble symptomatique que nous avons donné. Peu à peu, à mesure que les esprits seront plus avertis, on arrivera peut-être à donner plus de précision à certains signes. Le diagnostic deviendra dès lors possible et sera fait avant la laparotomie.

3° Observations

OBSERVATION I

LETT. Rotation axiale avec étranglement de la vésicule biliaire
(*The Lancet*, 18 avril 1909, p. 1099).

La malade, une femme de 72 ans, fut admise au London Hospital le 1^{er} août 1905, avec l'histoire suivante : Trois jours auparavant, elle avait ressenti une douleur violente dans l'hypocondre droit, douleur qui persistait au moment de l'entrée à l'hôpital. Elle avait vomi quatre ou cinq fois et l'arrêt des matières et des gaz était absolu depuis le début de la crise. Jamais de crise analogue antérieure; jamais d'ictère; jamais de calculs dans les matières.

A l'entrée, pouls petit et régulier à 100; température 101° F. Pas d'ictère. Hyperesthésie et contracture musculaire de l'hypochondre droit. Au niveau de la vésicule biliaire on perçoit une tumeur arrondie, mate à la percussion. La matité est en continuité avec celle du foie. On fait le diagnostic de cholécystite aiguë.

Incision verticale au niveau de la tumeur. A l'ouverture de l'abdomen on constate que la tumeur est formée par une grosse vésicule avec de nombreuses adhérences au péritoine et au coude droit du côlon. La vésicule elle-même est noire, du volume d'une grosse poire, et il y a une quantité de taches lymphatiques à sa surface, ainsi que sur la face supérieure du foie. Les adhérences sont toutes suffisamment récentes pour pouvoir être libérées avec le doigt; aucune d'elles n'est ligaturée. La ponction de la vésicule donne un liquide noirâtre composé de sang altéré avec un peu de bile. Les parois de la vésicule sont très épaissies et rendues rigides par des hémorragies produites dans leur épaisseur. En explorant le canal cystique avec le doigt, on sentit un noyau qui fut pris d'abord pour un calcul ou peut-être un noyau carcinomateux, mais en libérant les adhérences, on trouva que ce noyau était dû à la rotation dans l'axe de la vésicule sur le cystique et qu'il était produit par la torsion de ce canal. On lève facilement cette torsion qui consistait en quatre demi-tours de gauche à droite. La vésicule biliaire et une partie du cystique furent rapidement excisés et le moignon cystique fut ligaturé et recouvert de péritoine. On ne trouva pas un calcul ni dans la vésicule, ni dans les conduits biliaires. Un drain, passé par une contre-ouverture, fut mis au contact du moignon et l'incision antérieure fut refermée.

Douze heures après l'opération, la malade tombe brusquement dans le collapsus et meurt quelques heures plus tard.

A l'autopsie, on ne trouve pas de calcul biliaire. Les reins sont manifestement granuleux, mais on ne trouve aucune lésion au niveau des autres organes. La vésicule est complè-

tement entourée par le péritoine et rattachée au foie par un court méso qui abandonne la vésicule au voisinage du col et du canal cystique.

OBSERVATION II

WENDEL (*Annales of Surgery*, vol. XXVII, p. 199).

La malade était une femme de 23 ans, qui vint d'abord consulter en novembre 1895 pour quelques désordres gynécologiques. Une masse ovoïde flottante fut alors découverte dans le mésogastre, s'étendant dans la région lombaire gauche. Mais il n'y avait alors aucun autre symptôme associé. En septembre 1896, la malade eut une violente attaque de cholécystite et la vésicule se perfora probablement à ce moment. La malade refusa une intervention, mais l'accepta cependant au mois de mars suivant en raison de la douleur.

A l'intervention, on trouva un gros abcès en communication avec la vésicule par une large perforation postéro-externe. La vésicule contenait de nombreux calculs, mais plusieurs s'étaient échappés et étaient situés dans la cavité de l'abcès. Le cystique était très large (trois pouces et quart) et était tordu plusieurs fois. La vésicule était complètement entourée de péritoine. Le cystique avait un méso long d'environ deux pouces et rattaché à la face inférieure du foie.

OBSERVATION III

MÜHSAM, Torsion du pédicule de la vésicule biliaire (Société médicale de Berlin, 27 mai 1908, et *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1908, N° 23, p. 1179).

La malade entre, le 4 mai 1908, dans le service de Sonnenburg, avec le diagnostic d'appendicite.

Bonne santé habituelle. Le début de la maladie, qui remonte au 30 avril, se fit par une légère douleur dans le côté

droit de l'abdomen. Au début, ni constipation, ni vomissements. Le 3 mai, l'état s'aggrave, la douleur augmente, quelques vomissements apparaissent, ainsi qu'une irradiation de la douleur dans l'épaule droite.

Au moment de l'entrée, la malade, une femme débile de 61 ans, donne l'impression d'être profondément atteinte. Température, 37°8. Pouls, 96, de force moyenne. 20.000 leucocytes. Ventre un peu ballonné. Forte contracture des muscles abdominaux donnant le ventre de bois. Celle-ci est surtout marquée du côté droit. Douleur à la pression dans la région du cæcum, ainsi que dans la région vésiculaire. Légère sensibilité du côté gauche. Langue sale. Pas d'ictère, rien au cœur, aux poumons, aux reins.

La matité occupant tout l'hypocondre droit il est impossible, sans anesthésie, de faire le diagnostic entre lésion appendiculaire et lésion vésiculaire. Mais sous anesthésie, on sentait très nettement, à peu près à la hauteur de l'ombilic, une tumeur piriforme qui se trouvait à peu près dans la situation de la vésicule biliaire. Un point est à noter, c'est la distance de trois à quatre travers de doigt qui séparait la tumeur du bord antérieur du foie. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de poule à un œuf d'oie.

Le diagnostic sur lequel on décide l'intervention est alors : empyème de la vésicule.

Incision pararectale au-dessous du rebord costal. Infiltration séreuse de la paroi abdominale. A l'ouverture du péritoine s'écoule un gros épanchement séro-sanguinolent. Une tumeur cylindroïde se présente, rouge noirâtre, du volume d'un œuf d'oie. Elle pend à un pédicule tordu de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre. La poursuite du pédicule après détorsion montre qu'on est en présence du canal cystique ; la tumeur est donc la vésicule biliaire. La palpation du cholédoque ne montre pas de calcul. Ligature et section du pédicule. Une petite hémorragie artérielle dans la profondeur est facilement arrêtée par ligature. On referme en laissant un petit tamponnement sur le pédicule.

Deux jours après l'opération, la malade va à la selle.

Huit jours après, la malade se lève pour la première fois.

Dix jours après, le tamponnement est enlevé. Deux ou trois jours après se produit une légère sécrétion de bile. La plaie guérit ensuite très rapidement.

L'examen de la pièce fraîche montre une vésicule tendue, de couleur rouge noir, d'aspect presque réniforme. La longueur est de 8 cent. 5, la largeur 5 centimètres, l'épaisseur 4 centimètres. L'ouverture, après durcissement dans le formol, montre une paroi épaissie. Près du pédicule, on peut voir le premier repli de la valvule de Heister. Le contenu est formé par du sang; pas de calculs.

OBSERVATION IV

MAYER. Un nouveau cas de torsion du pédicule de la vésicule biliaire
(*Berliner Klinische Wochenschrift*, 31 août 1908, p. 1602).

M^{me} W. B., 54 ans. Mariée. Un avortement au début de son mariage. Un enfant mort à un an et demi d'une affection congénitale du cœur. Une fille vivante et bien portante.

A part les maladies banales de l'enfance, la malade fut bien portante jusqu'à 34 ans. A ce moment, elle ressent « de fortes douleurs rhumatismales dans les reins ». Celles-ci se produisent plus violentes l'année suivante et s'accompagnent souvent de vomissements. Vers la même époque apparaît une hernie inguinale droite. Pendant l'hiver 1895-1896, elle eut « des douleurs atroces dans l'abdomen ». Celles-ci duraient un jour et s'accompagnaient de vomissements. Elles disparaissaient subitement par réduction de la hernie devenue plus volumineuse. Ces manifestations se reproduisirent encore quelques fois.

Il y a trois ans, amputation du petit doigt pour tuberculose osseuse. Il y a deux ans, tuberculose articulaire de la main gauche.

La maladie actuelle débutait le 21 juin 1906 par de

violentes douleurs, sans vomissements, avec une constipation qui dura malgré tout traitement jusqu'à sa mort. Les jours suivants une amélioration se produit, assez marquée pour permettre à la malade de se lever quelques heures par jour. Le 25 juin, dans la soirée, nouvelle crise avec vomissements. A ce moment, le médecin note : aspect très abattu ; pouls à 150, petit, légèrement serré ; abdomen ballonné à sa partie supérieure ; hernie inguinale droite ; directement au-dessus, sensation de tumeur arrondie, du volume de la tête d'un petit enfant.

Le 26 juin, vomissements fécaloïdes ; délire ; pouls à 150, petit. Ballonnement du ventre. Mouvements péristaltiques visibles. Fort œdème des lèvres droites de la vulve. La palpation de l'abdomen est douloureuse. Dans le canal inguinal, se trouve une anse intestinale pleine de matières. Sous anesthésie, on peut sentir au-dessus du canal inguinal une tumeur tendue qui se dirige en dehors et en haut ; deux doigts introduits dans l'anneau inguinal, après réduction de la hernie, permettent de toucher le pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci est immobile. L'examen gynécologique est négatif : utérus en rétroversion, légèrement mobile ; pas de continuité de la tumeur avec l'utérus.

Le diagnostic posé est : occlusion intestinale par compression due à une tumeur (hydronéphrose aiguë par rein flottant ?).

Opération. Incision de 15 centimètres, se terminant sur l'anneau inguinal droit. On tombe sur une tumeur tendue, bleu foncé, noirâtre. Pour pouvoir extérioriser la tumeur, il faut prolonger l'incision vers le haut et, sur le milieu de celle-ci, faire une incision transversale vers la gauche de 5 centimètres. Même après issue au dehors de la tumeur, on s'arrête au diagnostic d'hydronéphrose dans un rein flottant, car la masse a tout à fait la forme d'un rein augmenté de volume. Détorsion du pédicule qui est tordu deux fois. La poursuite du pédicule conduisant vers le foie, on pense alors à une tumeur de la vésicule biliaire. Section du pédi-

cule. Tamponnement sur le moignon. L'état grave de la malade ne permet pas de faire un examen complet de l'intestin, qui est fortement injecté. Injection de sérum artificiel (environ un litre) dans la cavité abdominale. Un petit tampon est placé à la partie inférieure de l'incision. Suture. A la fin de l'intervention, la malade est en état de shock intense. Mort la nuit suivante.

Autopsie. Foie descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Intestin fortement congestionné. Pas de liquide dans le péritoine; pas d'adhérences inflammatoires. Appendice petit.

La tumeur vésiculaire est du volume de la tête d'un petit enfant, fortement tendue, de couleur bleu noirâtre. Sillons très nets dus à la torsion. Aspect parfaitement réniforme. L'insertion du pédicule se fait sur le côté de la tumeur, au niveau du tiers moyen. A l'ouverture, écoulement d'une grande quantité de sang clair. Dans la vésicule se trouvent deux gros et deux petits calculs. Les dimensions de la pièce sont de 15 centimètres sur 8. La paroi présente 3 centimètres d'épaisseur.

L'examen histologique fut pratiqué à l'Université de Heidelberg. Forte infiltration hémorragique des parois de la vésicule avec destruction des éléments constitutants. Pas d'éléments néoplasiques, même dans les endroits les plus épaissis. Il devait s'agir d'un processus d'infiltration hémorragique tel qu'il se produit dans les étranglements intestinaux.

OBSERVATION V

A FISCHER. Un nouveau cas de torsion du pédicule de la vésicule biliaire (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1910, N° 39, p. 1784).

Barbara St..., 70 ans, hospitalisée depuis plusieurs années dans l'asile (aliénés). Maigre, aspect sénile. Rien dans les antécédents qui puissent être en rapport avec la maladie actuelle. Depuis l'internement, aucun phénomène n'apparut

qui puissent se rapporter aux troubles actuels des voies biliaires.

Le 19 novembre, début par des vomissements.

Le 20 au matin, élévation de température, douleurs dans la partie droite de l'abdomen, apparition de phénomènes généraux.

Le 21, état général grave. Gémissements de la malade. Nausées. Langue sale, sèche. Tout l'abdomen est sensible à la pression. Toute la partie droite de l'abdomen comprise entre le rebord costal et l'ombilic est fortement tendue et sensible à la palpation. La veille, quelqu'un aurait senti une résistance transversale et douloureuse de la grosseur du poing en dedans et au-dessus de l'épine iliaque.

Le diagnostic reste hésitant entre tumeur appendiculaire et cholécystite.

Opération. Incision pararectale. A l'ouverture de l'abdomen s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Appendice sain. Au-dessus de lui, on trouve une tumeur bleu noirâtre, piriforme, du volume d'un œuf de poule à un œuf d'oie. On continue l'incision vers le haut et l'on reconnaît que la tumeur est la vésicule biliaire, augmentée de volume et tendue. L'union avec le foie se fait uniquement par un pédicule gros comme un crayon, tordu sur lui-même. Pas d'autre union entre la vésicule et le foie. La torsion se fait en sens inverse des aiguilles d'une montre. Sur la vésicule exsudat gris, fibrineux. A la palpation, on la sent fortement tendue. Pas d'adhérences aux anses intestinales. Détorsion du pédicule tordu de 360°; ce pédicule étant formé par le canal cystique seul. Pas de calculs dans les voies biliaires. En raison de l'état mental et de l'agitation de notre malade, une aliénée, on n'a pas pu suivre la technique employée déjà en pareils cas. Nous avons suturé le col de la vésicule au péritoine et réséqué la vésicule. Fermeture de la paroi.

A l'ouverture, la vésicule laisse échapper un liquide fluide, noirâtre, sanguinolent, ainsi que de nombreux caillots. Pas de calculs.

La paroi de la vésicule est fortement épaissie; la muqueuse est oedémateuse avec des hémorragies et de petites ulcérations.

OBSERVATION VI

BRADÉ. Torsion de la vésicule biliaire (Société de Chirurgie de Breslau, 8 mai 1914, et *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1914, N° 25).

Il s'agit d'une femme de 75 ans envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite.

Arrêt complet des matières et vomissements depuis quatre jours.

Dans la région hépatique, on sentait une grosse tumeur élastique, fortement tendue.

Opération. L'incision pararectale conduit sur une tumeur du volume des deux poings, réniforme, de couleur rougeâtre, dont l'interprétation est d'abord difficile. Comme une poire, elle est appendue au foie par un mince pédicule, de sorte qu'on la prend d'abord pour un lobe hépatique flottant et dégénéré. Le pédicule de 4 à 5 centimètres de long sur 1 centimètre de large était tordu de 360°. Le déroulement est facile. Ablation de la tumeur après pincement et ligature du pédicule. On termine par le tamponnement de la cavité. L'intervention n'a duré que quelques minutes.

La malade meurt le quatrième jour de faiblesse cardiaque.

L'examen de la pièce montra une vésicule recouverte d'un exsudat fibrineux et remplie d'une bile épaisse et trouble, mais sans calculs.

L'autopsie, toutefois, faisait découvrir de nombreux petits calculs dans un cholédoque faiblement dilaté.

OBSERVATION VII

NEHRKORN (cité par Bradé).

Aurait décrit un cas tout à fait analogue à celui du chirurgien de Breslau. Une vésicule biliaire pédiculée fait une

torsion de son pédicule, mais, au moment de l'intervention, existait déjà de la gangrène de la vésicule.

OBSERVATION VIII

KUBIG. Du volvulus de la vésicule biliaire (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1912, p. 1998).

Le 16 juillet 1911 entre à l'hôpital un employé de chemin de fer de 73 ans, arrivé au dernier terme d'une tuberculose pulmonaire.

Autopsie le 17 juillet. Lésions pulmonaires diffuses. Cœur petit avec atrophie brune. Volvulus de la vésicule. Péritonite circonscrite. Hypertrophie prostatique. Sclérose des vaisseaux cérébraux. Hernie inguinale gauche.

Foie de dimensions et de consistance normales. Surface lisse. A la coupe, apparence normale; pas de troubles du parenchyme, pas de coloration jaunâtre. A la face inférieure du foie, dans la région de la fosse vésiculaire, se trouve une tumeur bleu noirâtre, réniforme, tendue, élastique. Elle descend à deux travers de doigt de l'ombilic et se trouve disposée en sens transversal. Après durcissement au formol, elle a les dimensions suivantes : longueur, 9 cent. 5; largeur, 5 cent.; épaisseur, 4 cent. 5. Le contenu est formé uniquement de caillots sanguins. Pas de calculs. La tumeur était librement mobile sur un pédicule tordu lui-même de 270° dans le sens des aiguilles d'une montre. Sa surface était terne, ainsi que le péritoine recouvrant les anses intestinales voisines. Canal hépatique et cholédoque libres.

En somme, il s'agit d'une torsion à 270° au niveau de l'union du col de la vésicule et du canal cystique.

Examen histologique. Infiltration hémorragique totale de la paroi. Alors que les travées du tissu conjonctif et les globules sont bien colorés, le tissu musculaire ne prend plus aucune coloration; muqueuse et sous-muqueuse prennent très mal l'éosine. Dans la sous-muqueuse, on voit de nombreux vaisseaux en voie de nécrose. Les éléments de la séreuse et de la sous-séreuse sont bien colorés.

Le contenu de la vésicule est formé d'une masse homogène avec des traces de nécrose et formée de bile, de globules rouges, de leucocytes et de lymphocytes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les affections lithiasiques de la vésicule ou des voies biliaires ont donné lieu à des discussions multiples au sujet de leur traitement. Partisans de la taille idéale, de la cholécystostomie, de la cholécystectomie apportèrent successivement leurs statistiques et leurs arguments. C'est qu'ici on peut se trouver appelé, au cours même d'une intervention, à modifier la technique opératoire dans laquelle on s'était primitivement engagé et cela en raison de lésions anatomiques graves que ne pouvait pas faire supposer l'examen clinique. Ainsi que Riedel, Kehr le font remarquer il n'y a pas parallélisme entre l'étendue des trouvailles anatomo-pathologiques dans les opérations pour lithiase vésiculaire et l'importance des phénomènes observés.

Semblable discussion ne saurait se produire ici que s'il existait des complications telles que lithiase ou supuration dans une vésicule flottante. Mais les accidents lithiasiques ou infectieux prennent alors la première place, c'est contre eux qu'il faudra diriger le traitement. Aussi, croyons-nous devoir ne considérer que les cas simples de vésicules flottantes, ceux que nous avons eu en vue dans notre étude clinique.

Nous distinguerons deux cas, suivant que nous serons

en présence des troubles de la vésicule flottante pseudo-lithiasique ou des accidents aigus du volvulus.

1° Vésicule flottante à type pseudo-lithiasique

Nous passerons sur le traitement médical, qui ne pourra que s'opposer aux phénomènes douloureux dans les instants de crises paroxystiques. Celui-ci ne pourra que soulager temporairement la malade et l'intervention seule pourra mettre celle-ci à l'abri des crises. Que le diagnostic ait été fait avant l'intervention ou que la laparotomie ait été faite sur un autre diagnostic, nous nous trouverons en présence, soit d'une vésicule posée à fond ballant, soit d'une vésicule véritablement flottante, à l'extrémité d'un mésocyste, soit d'une vésicule libre au bout d'un pédicule. La palpation du cystique et du cholédoque ne révèle aucun calcul.

En présence d'un fond vésiculaire dilaté, flasque ; en présence d'un sillon de coudure net, bien visible ; en face d'une vésicule à mésocyste très mobile, on pourrait être tenté de faire une simple cholécystopexie. Un des malades de Köhler fut en effet soulagé dès le premier temps opératoire. Cependant, nous croyons que l'on ne dut pas s'arrêter à cette intervention. Ainsi que le dit Krukenberg, à propos de ses deux cas, on ne doit pas conseiller de s'abstenir, dans des cas analogues, d'ouvrir la vésicule : « On ne peut jamais, sans l'ouverture de la vésicule biliaire, affirmer l'absence de calculs. » M. Villard croit, comme l'auteur allemand, que l'on doit toujours ouvrir le réservoir biliaire. L'observation I de son étude sur l'hydropisie intermittente de la vésicule,

est particulièrement démonstrative. Lors de l'intervention, la palpation ne fait découvrir aucun calcul et l'on fait une simple fixation du fond vésiculaire à la paroi. Mais la persistance des troubles douloureux commande une deuxième laparotomie. L'ouverture de la vésicule permet de découvrir profondément enchâssé dans le cystique, un petit calcul, muriforme, du volume d'une grosse tête d'épingle.

Faut-il se contenter d'une simple ouverture exploratrice puis refermer le réservoir biliaire et terminer par une cholécystopexie. Ou bien faut-il faire une cholécystostomie. Cette dernière nous présentera évidemment les inconvénients d'une fistule biliaire temporaire, mais, en général, elle sera de courte durée. Quand les voies biliaires principales sont perméables la cicatrisation de ces fistules est rapide. Il est vrai que la cholécystostomie, faite dans ces conditions, expose le malade à une seconde intervention, comme cela s'est produit dans un cas de Krukenberg. Elle nous présente encore le danger d'une infection secondaire possible de la vésicule, si court que soit le drainage. Elle aura par contre des avantages certains. L'exploration du cystique, toujours très difficile, a pu laisser échapper de petits calculs ; on pourra voir ceux-ci venir d'eux-mêmes à la peau dans les jours qui suivront l'intervention. Les phénomènes aigus de coeloculture ont pu déterminer ou entretenir un état inflammatoire léger avec hypersécrétion muqueuse comme dans l'observation de MM. Villard et Mouisset. Dans ces conditions encore un drainage de quelques jours ne saurait avoir qu'un très heureux résultat. D'ailleurs, Kehr explique le résultat des opérations sur la vésicule biliaire,

non seulement par l'ablation de calculs, mais aussi par le drainage, qui exercerait une bonne influence sur l'état général. Une évacuation radicale de la bile lui apparaîtrait comme la saignée pour un vieux médecin.

Cependant, dans un cas que nous rapportons, M. Villard pratiqua la taille idéale, suivie de la fixation du fond de la paroi. Le résultat opératoire fut excellent.

Nous pourrions donc admettre :

1° Qu'il faut toujours ouvrir la vésicule pour l'explorer.

2° Qu'il faut toujours la fixer.

Quant au drainage on devra le faire dès qu'on aura les moindres doutes, soit au point de vue lithiasique, soit au point de vue infection des voies biliaires. Ce drainage devra, d'ailleurs, être supprimé très rapidement.

Dans le cas de vésicule pédiculée, on pourrait être tenté de faire encore cholécystopexie ou cholécystostomie. Mais ce serait là, croyons-nous, un danger pour l'avenir de la malade. Après cette intervention, nous serons en présence d'un organe creux suspendu, suivant son grand axe, par ses deux extrémités ; rien ne saurait l'empêcher de tourner sur-lui-même autour de cet axe. Les accidents de torsion ne seraient pas évités et l'on sait quel est le pronostic du volvulus. Il faudrait faire une fixation plus large et pour cela suturer le péritoine vésiculaire au péritoine hépatique, suivant toute la face supérieure de la vésicule.

Mais une autre opération, plus rapide sur un organe ainsi pédiculé, s'offre au chirurgien, c'est la cholécystectomie. Nous ne pouvons décider entre les deux interventions puisque le problème thérapeutique n'a pas encore été posé.

2° Volvulus de la vésicule

Pour les cas de volvulus, l'intervention ne peut pas être discutée. Le malade est dans un état général grave. Nous sommes en présence d'un organe gravement compromis. L'ablation s'impose, aussi rapide que possible. C'est donc la cholécystectomie inévitable. L'ablation faite faut-il drainer la région sous-hépatique ? Fischer semble s'excuser de ne l'avoir pas fait. D'autre part, il y a parfois du liquide séro-sanguinolent dans le péritoine. Enfin, dans le cas de Mühsam, la plaie donnait issue à de la bile trois jours après l'intervention. Nous croyons donc qu'il sera plus prudent de laisser une mèche et un drain au contact du moignon.

CONCLUSIONS

AU POINT DE VUE ANATOMIQUE.

1° Il existe plusieurs types de vésicules flottantes.

a) La ptose vésiculaire caractérisée par une laxité et une dilatation du fond de l'organe aboutissant à une chute de cette portion dilatée et à une suture du fond sur le corps.

b) La vésicule à mésocyste connue depuis longtemps en anatomie et mobile en totalité sur son méso.

c) La vésicule pédiculée qui ne présente plus aucun rapport avec la face inférieure du foie. Le péritoine l'enveloppe complètement. Elle est appendue à un pédicule formé par le canal cystique.

2° L'étude du développement de la vésicule biliaire et de ses relations péritonéales semble actuellement démontrer qu'il n'existe normalement aucun stade répondant à une vésicule plus ou moins dégagée de la face inférieure du foie.

3° Les variations dans le développement : 1° de l'ampoule biliaire et du canal cystique ; 2° des insertions du ligament gastro-hépatique peuvent expliquer certains cas de vésicules flottantes. Ces variations peuvent, soit

simplement agir comme causes prédisposantes, soit déterminer elles-mêmes une position vicieuse de l'ampoule biliaire.

1° Certaines vésicules flottantes sont en grande partie acquises. Une disposition congénitale originelle favorise la distension de l'organe et secondairement la chute, la ptose de la portion distendue.

AU POINT DE VUE CLINIQUE

1° La vésicule flottante peut se présenter sous deux aspects différents :

a) Une forme chronique, subaiguë (*type pseudo-lithiasique*), habituellement confondue avec la lithiasie vésiculaire.

b) Une forme aiguë avec torsion et gangrène (*volvulus de la vésicule*).

2° Le type pseudo-lithiasique est caractérisé par des phénomènes douloureux à répétition accompagnés ou non de distension intermittente.

Le diagnostic, difficile à faire avec les diverses formes de coliques hépatiques, est ordinairement posé au cours de l'intervention.

Après constatation de l'absence de calculs, le diagnostic est fait sur la disposition anatomique.

3° Le volvulus revêt le type des péritonites par perforation consécutives aux cholécystites gangreneuses.

On devra le différencier de l'appendicite, des pancréatites aiguës, des perforations gastriques et duodénales.

4° La vésicule flottante pseudo-lithiasique est justifiable de l'ouverture de la vésicule et de la fixation de

celle-ci à la paroi. Suivant l'état anatomique on fera, soit la taille idéale suivie de cholécystopexie, soit la cholécystostomie.

Dans le volvulus, la cholécystectomie s'impose aussi rapidement que possible.

VU :

Le Président de la Thèse,

M. VALLAS.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 juin 1913.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

1^o Partie anatomique

- ANCEL et SENCERT. — Importance chirurgicale des ligaments hépatiques accessoires. *Arch. prov. de chirurgie*, 1904, n^o 2, p. 80.
- Ligaments hépatiques accessoires chez l'homme. *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1903, p. 353.
- Sur le petit épiploon. Le ligament hépato-duodéno-épiploïque. *Bibliographie anatomique*, 1903, t. XII, fasc. 1 et 3.
- BRICON. — De l'épiploon cystico-colique (variétés du ligament hépato-duodénal). *Progrès Médical*, 1888.
- BREWER. — *Annals of Surgery*, vol. XXIX, p. 721.
- BUY. — Au sujet du ligament cystico-colique. *Bibl. anat.*, 1903, t. XII, p. 2.
- CHARPY. — Article « Voies biliaires », in *Traité d'anatomie*, 1905.
- DESCOMPS et LALAUBIE. — Les vaisseaux sanguins et les voies biliaires dans le hile du foie. *Soc. anat. de Paris*, séance du 15 avril 1910; *C. R.*, 1910, p. 323.
- DESCOMPS. — Six cas d'anomalies des voies biliaires. *Soc. anat. de Paris*, séance du 15 avril 1910; *C. R.*, 1910, p. 328.
- P. DELBET. — Sur certaines particularités des voies biliaires. B. et M. de la *Soc. de chirurgie de Paris*, 1905, p. 1126.
- DEVÉ. — De quelques particularités anatomiques et anomalies de la vésicule biliaire. *Soc. anatomique de Paris*, séance du 13 mars 1903; *C. R.* 1903, p. 261.
- FAURE. — Anatomie du canal cystique. *Soc. anat. de Paris*, séance du 8 juillet 1892; *C. R.* 1892, p. 511.
- L'appareil suspenseur du foie. L'hépatoptose et l'hépatopexie. Thèse de Paris, 1891-1892.
- GARNIER et VILLEMIN. — Ligaments hépatiques accessoires chez le fœtus humain. *Bibl. nat.*, 1910, t. XIX.
- GILBERT et PARTURIER. — Note sur les rapports de la vésicule biliaire. *Société de biologie*, séance du 23 avril 1910, *C. R. Société de biologie*, 29 avril 1910, t. LXVIII, n^o 14, p. 722.
- GOSSET et DESMARETS. — Les artères de la vésicule et la cholécystectomie. *Bulletins et Mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1911, p. 15.

- HARTMANN. — Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires. Soc. anat. de Paris, séance du 31 juillet 1891; C. R. 1891, p. 480.
- HERTWIG. — Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés. Traduit par Mercier. Paris, 1906, p. 254.
- JACQUEMET. — Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires. Thèse de Lyon, 1895-1896.
- KEIBEL et MALL. — Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Leipzig, t. II, p. 393 et 299.
- PAULET. — Article : Voies biliaires, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1876.
- PIQUAND. — Recherches sur l'anatomie du tronc cœliaque et de ses branches. *Bibl. anat.*, 1910, t. XIX, fasc. 4.
- Le hile du foie. Soc. anat. de Paris. Mémoires originaux, mars 1910.
- PRENANT. — Traité d'embryologie. Paris, 1896, t. II, p. 295.
- RAYNAL. — Recherches sur la vésicule biliaire. Thèse de Toulouse, 1893-1894.
- SIRAUD. — Notes sur l'anatomie de la vésicule biliaire. *Lyon Médical*, 1895, 19 et 26 mai, p. 72 et 111.
- TESTUT. — Traité d'anatomie. 6^e édit., 1912, t. IV.
- TRUPIER et PAVIOT. — Au sujet du ligament cystico-colique. *Bibl. anat.*, 1903, t. XII, fasc. 4.

2^e Partie clinique

- ADENOT. — La cholécystite à forme d'appendicite. *Lyon médical*, février, 1901, n^{os} 7 et 8, p. 227 et 275.
- P. de BARDON. — Hydropisie des voies biliaires intra-hépatiques et son traitement. Thèse de Lyon, 1908-1909.
- BÉRARD. — 3 cas de cholécystectomie pour calculs du cystique avec rétention vésiculaire intermittente. Soc. de chirurgie de Lyon, 26 mai 1910; *Lyon chirurgical*, t. IV, p. 98.
- Hydrocholécystocèle intermittente. Cholécys'ectomie idéale. Démonstration pathologique. Soc. de chirurgie de Lyon, 29 novembre 1911; *Lyon chirurgical*, t. VII, p. 110.
- Cholécystite calculeuse avec perforation spontanée de la vésicule. Soc. de chirurgie de Lyon, 24 avril 1906; *Lyon Médical*, 1906, t. II, p. 653.
- BRADÉ. — Torsion de la vésicule biliaire. Soc. de chirurgie de Breslau, 8 mai 1911; *Berliner Klinische Wochens.*, 19 juin 1911, t. XLVIII, n^o 25.
- BREWER. — *Boston med. a. Surg. Journal*, 1903.
- CABOT. — *Boston med. a. Surg. Journal*, 1902.
- CHAUFFARD. — In *Traité de médecine Charcot-Bouchard*.
- CHÉNEBY. — Sur les pancréatites hémorragiques. Thèse de Lyon, 1908-1909.

- CLEMENS. — Progrès réalisés dans nos connaissances des affections du foie et de la vésicule biliaire. Soc. méd. de Zwickau; *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13 juillet 1911; t. XXXVIII, n° 28.
- COURVOISIER. — Chirurgie der Gallenwege. Leipsick, 1890.
- DREYFUSS. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite. Thèse de Lyon, 1902-1903.
- DELBET et LE PILEUR. — Vésicule dilatée inscrite dans l'angle colique droit. Difficulté de diagnostic. Résultats paradoxaux de la séparation d'urine dans ce cas. Soc. anat. de Paris, séance du 22 avril 1910; C. R., 1910, p. 368.
- DUFOURT. — De l'ictère dans la colique hépatique. *Lyon Médical*, avril 1897, nos 15 et 16, pp. 512 et 552.
- DUVERNOY. — Foie mobile. Thèse de Paris, 1897-1898.
- FISCHER. — Un nouveau cas de torsion de pédicule de la vésicule biliaire. *Berliner Klinische Wochenschr.*, 26 septembre 1910, t. XLVII, n° 39, p. 1784.
- FAURE. — In *Traité Duplay-Reclus*.
- GILBERT et FOURNIER. — In *Traité Brouardel-Gilbert*.
- GLÉNARD. — Les ptoses viscérales. Paris, 1901.
- GUÉNIOT. — Formes cliniques de la lithiase vésiculaire. Thèse de Paris, 1902-1903.
- HANIN. — Les cholécystites dans la vésicule en sablier. Thèse de Lyon, 1911-1912.
- JABOULAY. — Chirurgie des voies biliaires. *Lyon Médical*, mars 1894, t. LXXV, n° 10, p. 347.
- KAUFFMANN. — Comment faut-il entendre, à l'heure actuelle, le syndrome « coliques hépatiques »? Thèse de Paris, 1899-1900.
- KEHR. — Handb. d. prakt. Chirurgie, Bd III, 1^o Theil, p. 520.
— 20 ans de chirurgie biliaire. *Münchener Medizinische Woch.*, 20 septembre 1910, n° 38, p. 1986.
- KRÜCKENBERG. — Über Gallenblase Koliken ohne Gallensteine. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1903, n° 29.
- KÜBIG. — Du volvulus de la vésicule biliaire. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 10 septembre 1912, t. LIX, p. 1998.
- LE LIONNAIS. — Quelques considérations sur les difficultés de diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1895-1896.
- LEREBOULLET. — Traitement de la colique vésiculaire. *Paris médic.*, 1^{er} juin 1912, t. II, p. 13.
- LERICHE et ARNAUD. — Sur la pancréatite hémorragique. *Revue de gynéc. et de chirurg. abdom.*, 1909, nos 4 et 5, pp. 659 et 795.
- LETT. — Rotation axiale avec étranglement de la vésicule biliaire. *The Lancet*, 17 avril 1909, p. 1099.
- LONGUET. — Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite (non calculeuse). Thèse de Paris, 1895-1896.

- MATHIEU. — Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires. *Revue de chirurgie*, 1908, t. XXXVII, pp. 61 et 174.
- MAYER. — Un nouveau cas de torsion du pédicule de la vésicule biliaire. *Berliner Klinische Wochenschr.*, 31 août 1908, p. 1602.
- MORIN. — Hydropisie de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1893-1894.
- MÜHSAM. — Torsion du pédicule de la vésicule biliaire. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 22 juin 1908, n° 25, p. 1179.
- PARTURIER. — La colique vésiculaire. Thèse de Paris, 1909-1910.
- PATEL. — Hydropisie de la vésicule. Soc. de chirurgie de Lyon, 26 mai 1910; *Lyon Chirurgical*, t. IV, p. 101.
- PIERI et WEILL. — Occlusion aiguë de la vésicule biliaire. Soc. de chirurgie de Marseille, séance du 15 décembre 1910; *Marseille Médical*, 1911, p. 97.
- RIEVEL. — Cholécystite et Angiocholite sans calculs. *Mitteilh., Grenzg. der Mediz. und chir.*, vol. 20, cahier n° 2; Analyse dans *Mies* de l'appareil digestif, 1910, p. 356.
- SANGLINE. — L'hépatoptose et son traitement. Thèse de Paris, 1894-1895.
- SOLIERI. — Sur une cause de colique hépatique dans certaines formes de cholécystite non calculeuse. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 22 juin 1911, t. XXXVII, n° 25, p. 1166.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, 1901, t. II, p. 118 et 261.
- Le foie mobile et son traitement chirurgical. *Revue de chirurgie*, 1897, pp. 621 et 729.
- TIXIER. — De l'opération de Kehr sous-séreuse. Soc. de chirurgie de Lyon, 21 mars 1912; *Lyon Chirurgical*, t. VII, p. 690.
- TRUPIER et PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques.. *Semaine Médicale*, 28 janvier 1903, n° 4, p. 29.
- VILLARD et COTTE. — De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique. *Revue de chirurgie*, 1906, n° 1 et 2, pp. 125 et 317.
- VILLARD et NOVÉ-JOSSERAND. — Drainage et ablation de la vésicule biliaire; cholécystostomies et cholécystectomies. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril, 1909, t. I, n° 6, p. 585.
- VILLARD et MOUISSET. — Hydropisie intermittente de la vésicule biliaire par hypersécrétion muqueuse. Soc. nat. de méd. de Lyon, 6 décembre 1909; *Lyon Médical*, janvier 1910, n° 1, p. 17.
- VILLARD et COTTE. — Quelques nouveaux cas d'hydropisie intermittente de la vésicule. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} juillet 1910, t. IV n° 1, p. 1.
- ZUBER et ROUSSELOT. — Ictère congénital par malformation des voies biliaires. Soc. de pédiatrie de Paris, séance du 15 octobre 1912.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Etude anatomique

CHAPITRE I. — Le péritoine vésiculaire.	5
1° La vésicule à mésocyste	6
2° La vésicule pédiculée	8
3° Autres dispositions du péritoine vésiculaire (ligament cystico-duodeno-épiploïque)	9
4° Explication embryologique	11
CHAPITRE II. — La vésicule biliaire.	18
1° Le corps	18
2° Le fonds	19
3° Le col	22
CHAPITRE III. — Les vaisseaux de la vésicule.	24

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique

CHAPITRE I. — Division	26
CHAPITRE II. — La vésicule flottante (type pseudo-lithiasique)	28
1° Anatomie pathologique.	28
2° Etiologie. — Pathogénie.	31
3° Etude clinique	35
a) Crises paroxystiques	37
b) Physiologie pathologique des crises	39
c) Marche. — Durée. — Périodes d'accalmie	41
4° Diagnostic	44
5° Observations	51

CHAPITRE III. — La vésicule flottante (volvulus de la vésicule) .	60
1° Anatomie pathologique.	60
2° Etiologie. — Pathogénie	62
3° Etude clinique.	66
4° Diagnostic.	70
5° Observations	77
CHAPITRE IV. — Traitement	88
1° Vésicule flottante à type pseudo-lithiasique	89
2° Volvulus de la vésicule.	92
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE.	97

25173. — IMP. RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS, LYON
